

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 mars 1906, à 1 heure

PAR

Alphonse LANCET

Né à Bourbourg (Nord) le 4 février 1881

LA TEMPÉRATURE ET LE POULS
DANS QUELQUES
APPENDICITES AIGUES

Président: M. RECLUS, Professeur.

TERRIER, Professeur.

Juges: MM. {

BRISAUD, Professeur.

TEISSIER, Agrégé

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. del'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

M. DEBOVE.
 MM.
 POIRIER.
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNILL.
 MATHIAS DUVAL.
 SEGOND.
 POUCHET.
 GILBERT.
 CHANTEMESSE.
 BROUARDEL.
 DEJERINE.
 ROGER.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.
 GRANCHER.
 JOFFROY.
 GAUCHER.
 RAYMOND.
 LE DENTU.
 TERRIER.
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPERSONNE.
 GUYON.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON.
 Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM
 AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA.
 BEZANÇON.
 BRINDEAU.
 BROCA André.
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DEGREZ.

MM
 DUPRE.
 DUVAL.
 FAURE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELME.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM
 PROUST.
 RENON.
 RICHAUD.
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques).
 TEISSIER.
 THIROLOIX.
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

*Témoignage de mon affectueuse
et filiale gratitude.*

A MON FRÈRE, A MES SŒURS.

Meis et amicis.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la légion d'honneur.

*Que M. le professeur Reclus
digne agréer l'expression de
mon respect et de ma reconnaissance pour le grand hon-
neur qu'il me fait en accep-
tant la présidence de cette
thèse.*

INTRODUCTION

L'appendicite a franchi avec une rapidité peu commune dans l'histoire de la pathologie les longues étapes qui séparent l'apparition d'une maladie sur le champ médical de son plein épanouissement nosographique.

Nous n'avons ni l'intention, ni la prétention de retrancher ou d'ajouter quelque chose à la description de cette maladie si bien faite par des maîtres dont les noms et les travaux ont porté bien haut le renom de la clinique française. Sans doute, les auteurs ont une ligne de conduite qui est restée immuable ou a évolué selon le grand enseignement de leur pratique et la haute autorité des compétences spéciales. Mais de l'ensemble des idées, et à la lumière des faits, sont nées un ensemble d'indications, et une symptomatologie assez précises.

Les petits praticiens, qui bon gré mal gré sont des temporisateurs, ne sauraient avoir trop de reconnaissance pour les maîtres qui, sur le chemin du traitement, parsemé çà et là de vicissitudes et de surprises, ont planté des jalons précieux, des points de repère, qui, pour n'avoir rien d'absolu, sont d'une fidélité suffi-

sante pour imprimer au traitement une voie ayant quelques chances d'être la bonne.

Il ne nous appartient pas d'aborder le problème des indications opératoires. Nous resterons le plus possible à l'écart de cette difficile question pour rester dans le domaine de la clinique.

Nous nous contenterons d'encadrer quelques faits personnels au milieu d'observations offrant avec eux des analogies. Nous ne ferons que grouper des choses dites çà et là, les exposant sans trop chercher à les interpréter.

Après quelques considérations générales sur les symptômes de gravité des appendicites aiguës qui feront le sujet du premier chapitre, nous étudierons dans un deuxième chapitre la valeur du frisson dans la période d'état de quelques appendicites aiguës. Le troisième chapitre sera consacré aux appendicites aiguës graves sans modifications caractéristiques du pouls et de la température. Dans le dernier chapitre, nous ferons l'histoire de quelques appendicites subaiguës apyrétiques.

Ce travail est imparfait, il manque de la première des qualités requises, à une thèse, l'originalité. Nous revendiquerions seulement le mérite d'avoir fait un travail personnel, si ce n'était là une condamnation à l'infériorité, et celui d'avoir minutieusement observé nos malades, si ce n'était un devoir et une condition élémentaire de toute observation consciencieuse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les symptômes de gravité des appendicites aiguës.

Ce qui fait la gravité ou la bénignité d'une appendicite aiguë, c'est, d'une part, la virulence des agents microbiens et d'autre part la résistance générale et locale de l'organisme (Lejars) (1) et à un degré moindre la disposition anatomique du vermium lui-même (Gallet) (2).

Cette virulence microbienne, dont l'importance est capitale, et qui échappe malheureusement à l'investigation clinique, du moins au début de l'affection, impressionne l'économie à des degrés très divers. « Il y a des appendicites, qui, du premier coup, frappent à mort : l'opération la plus précocée et la mieux conduite ne peut rien, tant est grande la virulence des germes, ou tant est précaire la défense de l'organisme. » (Reclus) (3).

(1) *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*. Séance du 14 janvier 1903.

(2) Congrès de Bruxelles, 1902. In *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*.

(3) Soc. de chir., 12 novembre 1902, page 1055.

Le plus souvent, l'affection a un épisode local, plus ou moins long, plus ou moins bruyant et, dans ces formes, le mode de réaction péritonéale a une importance considérable : « C'est de l'état du péritoine voisin et non des lésions propres de l'appendice que les formes cliniques tirent leur physionomie individuelle. » (Broca) (1). Adhérences anciennes, reliquat de crises antérieures, qui se sont terminées favorablement ; adhérences récentes, lorsque la virulence du processus appendiculaire est assez atténuée pour laisser au péritoine le temps d'organiser sa défense, protègent la grande séreuse, limitent et cloisonnent l'infection. C'est ainsi « que l'on peut trouver des appendices décapités, amputés, gangrenés, dans de vieux foyers refroidis : les élèves de Roux (de Lausanne) en ont publié, il y a quelques années, des observations indiscutables. Aussi a-t-on pu dire que dans l'appendicite, l'appendice est peu de chose et le péritoine presque tout. » (Reclus) (2).

Dangereux pour le péritoine sans défense, l'appendice l'est aussi pour l'économie tout entière. La rétention des agents microbiens en cavité close (Dieulafoy), ou leur stagnation (Reclus) dans un cul-de-sac déclive, exalte leur virulence, leur communique une force d'expansion à la faveur desquelles ils pénètrent avec leurs toxines dans le système veineux et le réseau lymphatique.

(1) Congrès de Bruxelles 1902.

(2) *Bul. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 12 nov. 1902, p. 1057.

tique. L'albuminurie, l'ictère, l'urobilinurie (Dieulafoy) sont la signature de cette adultération à distance, et peuvent être le prélude de redoutables complications hépatiques, rénales (Dieulafoy) contemporaines de l'épisode aigu ou tardives, survenant pendant la convalescence, ou même lointaines, telles que néphrites chroniques (Dieulafoy, Tuffier) et peut-être aussi cirrhoses (Achard et Barié) (1).

Les symptômes qui renseignent le plus fidèlement et fournissent les indications les plus précieuses sur la marche des accidents appendiculaires sont d'une part le pouls et la température, et d'autre part l'état de l'abdomen.

Si la péri-appendicite établit ses barrières d'adhérences, la grande séreuse ne s'infecte pas, et le pouls conserve les caractères du pouls fébrile, c'est-à-dire accéléré, mais plein et régulier. D'une façon générale, la température est modérée (Kirmisson) (2), la réaction fébrile reste franche : les courbes du pouls et de la température gardent ce parallélisme dont la signification pronostique et diagnostique est capitale. (Jalaguier, Broca (3), Terrier (4). En même temps, la main qui palpe la fosse iliaque, ou le doigt qui fait le toucher rectal sent une masse résistante, bien circonscrite, douloureuse à la pression. Plastron, induration pel-

(1) In Grancher et Comby, 1905. Art. Appendicite par Brun et Victor Veau.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 8 mars 1899, p. 245.

(3) L'appendicite, 1900, p. 29.

(4) De l'appendicite. *Revue de chirurgie*, 1900, t. XXI, p. 17.

vienne ou masse ilio-pelvienne, caractérisent la localisation de l'infection, sont pathognomoniques de la péritonite circonscrite (Jalaguier).

Des toxines, des produits infectieux viennent-ils à être résorbés soit au niveau de l'appendice, soit au niveau de la séreuse péritonéale, leur action nocive sur le système nerveux calorifique et sur le cœur se traduit ordinairement par d'autres modifications de la température et du pouls. Et alors, suivant la dose et la nature du poison bactérien, la température décrit de grandes oscillations, subit de brusques élévations, ou s'abaisse dans ces formes hypertoxyques (Quénu), septicémiques (Jalaguier) pour faire place à une chute progressive de la température, pendant que la force de contraction du myocarde s'affaiblit, que ses mouvements s'accélèrent et perdent leur régularité.

« La discordance du pouls et de la température indique, presque à coup sûr, la tendance de la péritonite à se généraliser; lorsqu'elle apparaît dès le début, quelque atténués ou obscurs que puissent être les autres signes, on peut affirmer que la péritonite est diffuse d'emblée ». (Jalaguier) (1).

La fréquence et la petitesse du pouls sont quelquefois les seuls signes révélant l'imminence du danger dans ces accalmies que le Professeur Dieulafoy (2) a si heureusement qualifiées de traîtresses.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 26 juin 95, p. 465.

(2) Communication à l'Académie de médecine, 8 nov. 1848. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899, XII^e leçon. *Manuel de Pathologie interne*. Art. appendicite.

L'extrême fréquence du pouls, (Guinard (1), Chapput (2)), persistant ou s'aggravant malgré le repos absolu et le traitement médical rigoureux, (Moty (3)) ; l'hypotension vasculaire, la mollesse de l'ondée sanguine que la fréquence du pouls soit accélérée ou normale, (Sewhartz (4)), ou même ralentie, (Guinard (5)) ; l'arythmie cardiaque, intermittences et irrégularités, sont au même titre que la dissociation du pouls et de la température des signes de toxi-infection.

Avec l'état du facies, le pouls et la température nous donne la mesure clinique de la virulence microbienne. Par eux, nous savons que l'appendice contient des produits septiques, que ces produits septiques se déversent ou se déverseront dans le péritoine par effraction ou par filtration transpariétale comme nous savons par l'état de l'abdomen, si le péritoine se laisse envahir par l'infection ou organise une défense locale.

Quelques péritonites d'origine appendiculaire s'établissent d'emblée. Elles sont le plus souvent insidieuses, trompeuses, remarquables par l'absence de retentissement péritonéal (Jalaguier, Le Dentu) (6)). L'atténuation de la réaction locale et la gravité de l'état général peuvent être telles que le diagnostic d'appendicite ne peut être établi. Il en fut ainsi pour le malade qui fait

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 déc. 1902, p. 1179.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 14 janvier 1903, p. 21.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 29 octobre 1902, p. 984.

(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 24 décembre 1902, p. 1270.

(5) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 décembre 1902, p. 1174.

(6) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 24 mars 1895, p. 335.

l'objet de la première observation de M. Mignon (1). Ce sont là des cas septiques d'emblée, où les phénomènes généraux priment tout.

Le plus souvent, l'affection est d'abord locale et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que les phénomènes péritonéaux entrent en scène, succédant sans transition brusque aux symptômes appendiculaires. Assez fréquemment, ces formes si redoutables présentent une rémission trompeuse, une accalmie traîtresse. Les symptômes douloureux et fébriles subissent une sédation remarquable tandis que soit dans le pouls, soit dans le faciès, dans les fonctions gastro-intestinales, l'état de l'abdomen, apparaissent des symptômes d'abord isolés et qui bientôt s'associent et dessinent au grand complet le tableau de la péritonite généralisée.

Ces péritonites s'installent sans grand fracas, parce que, comme dans la fièvre typhoïde (Dieulafoy) (2), « la perforation est si petite que les agents infectieux, microbes et toxines, ne pénètrent qu'à faible dose et très lentement dans le péritoine ».

La perforation n'est même pas absolument nécessaire, la migration des agents microbiens à travers les parois de l'appendice pouvant contaminer la séreuse au même titre que l'effraction. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'emblée inondation de la grande séreuse ; la péri-

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 21 mai 1902.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 27 octobre 1897, p. 477.

tonite gagne de proche en proche, en s'irradiant autour du foyer toxi-infectieux.

Dans quelques appendicites aiguës cependant, la gravité des phénomènes généraux, contrastant avec l'absence de réaction locale, doit faire craindre la rupture à brève échéance d'un appendice suppuré ou gangrené dans la cavité péritonéale. Cette absence de péritonite localisée, de foyer inflammatoire péri-appendiculaire quand les symptômes d'appendicite sont suffisamment caractéristiques, est d'une importance capitale.

Pendant l'épisode local, la péritonite proprement dite ne tient alors qu'une place secondaire.

La température n'est pas abaissée, le pouls est plein, régulier, le facies n'a rien d'abdominal, les fonctions intestinales peuvent même s'accomplir normalement (obs. 1). C'est la résorption des produits toxi-infectieux, au niveau du foyer appendiculaire ulcéré, suppuré, gangrené, qui pour le moment est seule en cause, et alors, pendant que les symptômes locaux s'atténuent, la température reste élevée, il y a du subictère et de l'albuminurie comme chez un malade de M. Hartmann (1), ou bien la courbe thermométrique présente de grandes oscillations comme chez un malade de M. Reynier (2), ou bien dans le cours d'une appendicite

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1902.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 14 octobre 1903, p. 919.

bénigne survient une brusque élévation de la température accompagnée de frisson et de recrudescence des douleurs, comme chez notre malade (obs. I).

Il semble donc que la discordance des phénomènes généraux et des phénomènes locaux, (Reynier (1)), que la persistance ou l'aggravation des symptômes généraux, en l'absence d'organisation de défense locale, (Quénu (2), Tuffier (3), Terrier (4)), soient des signes de gravité. Ces appendicites aiguës ont une histoire clinique suffisamment caractéristique, en certains cas, pour qu'il soit permis de prévoir et de juguler leur terrible et imminente complication : la péritonite par perforation d'un appendice libre dans un péritoine sans défense.

Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire sont habituellement insidieuses. « Il est souvent impossible de savoir à quel moment les symptômes péritonéaux font suite aux symptômes appendiculaires » (Dieulafoy (5)). Quelquefois cependant, leur entrée en scène est plus tapageuse. Soit que la dose et la virulence microbienne soient particulièrement intenses, soit que la résistance péritonéale soit particulièrement faible, la première étape de la péritonite est bruyante : tantôt, c'est une violente douleur, tantôt des frissons avec

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 14 octobre 1903, p. 919.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 5 novembre 1902.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1902.

(4) Traitement de l'appendicite. *Revue de Chirurgie*, 1900, t. XXI, p. 36.

(5) *Manuel de Pathologie interne*, t. II, 1904, p. 436.

brusque élévation de la température. L'orage initial passé, la péritonite évoluera franchement, avec son cortège habituel, ou bien présentera quelque temps cette période de symptomatologie incomplète et trompeuse qui laisse des doutes sur la gravité des lésions péritonéales.

CHAPITRE II

Valeur diagnostique et pronostique du frisson avec brusque élévation de la température et accélération du pouls dans la période d'état des appendicites aiguës (1).

OBSERVATION I (personnelle (2)).

*Appendicite aiguë suppurée sans défense locale.
Opération précoce. Guérison.*

D..., 24 ans, a déjà présenté, il y a quelques mois, des douleurs abdominales ressemblant, avec moins d'intensité, à celles

(1) Nous ne parlons pas ici des frissonnements qui peuvent accompagner l'élévation de la température initiale, ni des frissons symptomatiques des suppurations abondantes circonscrites. Nous n'avons pas en vue, non plus, les frissons avec ascensions thermiques des complications viscérales suppurées, ces redoutables accidents de certaines appendicites.

(2) Cette observation, ainsi que les observations X et XXXI, ont été recueillies à l'hôpital militaire de Saint-Germain-en-Laye. M. le docteur Fribourg, médecin-major de première classe, chef de service, nous a permis de suivre les malades, pendant toute la durée de leur période aiguë, pré-opératoire, et a bien voulu nous autoriser à prendre leurs observations et à les publier. Nous le remercions ici de sa bienveillante amabilité et relatons les faits, tels que nous les avons recueillis à cette époque, en y ajoutant les renseignements complémentaires que le docteur Fribourg nous a remis sur la convalescence de nos malades. L'interprétation des faits nous est toute personnelle.

qu'il présente aujourd'hui. Il a été pris, assez brusquement, dans la soirée du 9 juin, de coliques assez violentes, localisées à droite, et de vomissements alimentaires.

Le 10 juin, jour de l'entrée à l'hôpital, D... se plaint de quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. La palpation ne révèle aucune tuméfaction dans la région de Mac-Burney.

Peu de défense musculaire, pas d'hyperesthésie. On arrive à déprimer assez profondément la paroi abdominale. On éveille par la pression une douleur assez vive et bien localisée en un point plus bas et plus près situé de la ligne médiane que le point de Mac-Burney.

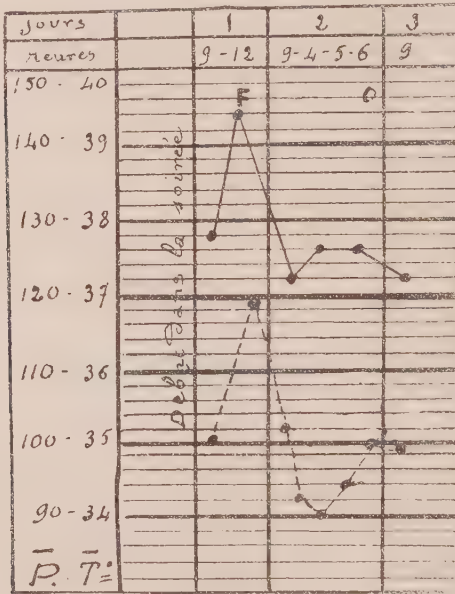
Le malade allait à la garde-robe régulièrement *et a eu une selle normale* ce matin même. Le facies est bon, la voix est légèrement altérée. T., 37°8; le pouls petit, bat 100 pulsations. Le diagnostic d'appendicite aiguë est posé; le traitement médical est institué dans toute sa rigueur: immobilisation, glace sur le ventre, diète absolue, opium à l'intérieur. Les urines, rares, foncées, contiennent un peu d'albumine.

A midi, *gros frisson*, avec élévation brusque de la température à 39°4 et accélération du pouls qui bat 120 pulsations; deux vomissements verdâtres, porracés. Légère crise de *douleurs spontanées*. Emission de gaz par l'anus. *Sueurs abondantes* pendant la nuit. Le malade a peu dormi, sans pour cela souffrir. Le 11 juin au matin, plus de vomissements, pas de nausées. Le malade se trouve bien. Son facies est bon. T., 37°2. Pouls 92. La fosse iliaque droite restedouloureuse. La défense musculaire est un peu plus accentuée.

A 4 heures du soir, la température n'est que de 37°6. Le pouls est *régulier, plein, un peu vibrant même*: il bat à 90. Etat nauséux, pas de vomissement. Céphalalgie légère, pas de douleurs abdominales, pas de gaz par l'anus. Rétention d'urine: la sonde ramène 800 grammes d'urine. A cinq heures de l'après-dîner, vomissement porracé. Pouls, 94. T., 37°6. Le ventre est légèrement météorisé. La fosse iliaque droite reste

dépressible et douloureuse à la pression profonde. Le reste de l'abdomen n'est pas sensible à la palpation.

Malgré cette amélioration apparente, cette température et ce pouls plutôt rassurants, le frisson de la veille, les vomisse-



F = Frisson.

O = Opération.

ments-porracés, l'absence de réaction inflammatoire localisée, l'albuminurie, font penser à une forme grave. L'intervention est pratiquée à 6 heures du soir. Au moment de l'opération, le pouls bat 100 pulsations. C'était donc 29 heures après l'entrée à l'hôpital, et 48 heures environ après le début des accidents.

Opération. Appendice absolument libre de toute adhérence, en position iliaque interne, long de 10 centimètres environ. Cylindrique à son extrémité cœcale, il est renflé, ampullaire à son extrémité libre sur une longueur de 5 centimètres et transformé en cavité close, donnant très nettement la sensation

de fluctuation. Le péritoine avoisinant paraissait absolument sain : pas traces de liquide ni d'inflammation. Résection de l'appendice.

Cette cavité contenait une cuillerée à dessert environ d'une sanie épaisse, brunâtre, légèrement grumeleuse, sans corps étranger. Du côté cœcal, les parois sont étroitement accolées. Au niveau de la cavité, elles sont très épaisses, rougeâtres, avec, en un endroit, un amincissement extrême, presque transparent et assez régulièrement circulaire. Cette portion, qui n'est plus représentée que par la séreuse, mesure un peu plus que la moitié d'une pièce de cinquante centimes. Pas de coloration grisâtre des bords de l'ulcération.

Les suites opératoires furent aussi simples que possible. Le malade urina de lui-même, le lendemain soir, 900 grammes d'une urine claire, ne contenant *plus traces d'albumine*. Il n'y eut plus la moindre élévation thermique, plus d'accélération du pouls et M. D... quittait l'hôpital le 16 août, avec une plaie solidement fermée et un état général excellent.

Nous donnons ci-contre les graphiques du pouls et de la température jusqu'au lendemain de l'opération : à partir de ce jour, l'un et l'autre ne présentent plus la moindre particularité.

OBSERVATION II (résumée).

(M. Routier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie* de Paris, 17 juillet 1895, p. 534.)

Le malade dont il s'agit, jeune étudiant en pharmacie de 23 ans, fut pris subitement dans la nuit du mardi 2 au mercredi 3 juillet, de douleurs abdominales et de vomissements. Le malade s'administra de lui-même, le mercredi matin, 30 grammes de sulfate de soude qu'il vomit du reste, dans la

journée, une dose d'eau-de-vie allemande et de sirop [de Nerprun qu'il garda. Il eût le soir une selle abondante.

Le jeudi, on lui donnait du lait avec de la magnésie. La douleur abdominale était violente, le moindre mouvement impossible. Le soir *il avait de violents frissons* avec claquement de dents, mais il allait à la selle deux fois.

On lui fit prendre dans la nuit du benzonaphtol avec salicylate de magnésie, il eut quelques hoquets, mais plus de vomissements.

Le vendredi, la journée n'était pas trop mauvaise ; encore deux selles ; puis, la douleur revint le soir, avec *un nouveau frisson*, de nouveaux vomissements.

Le samedi matin 6, M. Routier voit le malade pour la première fois ; tout paraissait calme. T. 38°, 80 pulsations. Langue humide, facies bon, ventre souple partout, sauf au niveau de l'appendice ; là, le muscle grand droit se contractait dès qu'on touchait à la peau.

L'opération fut faite le même jour : « Il y avait, le long de la paroi du petit bassin, au-dessous du détroit supérieur, un foyer de péritonite avec fausses membranes, tapissant les anses, sans pus et sans liquide, et, dans ce foyer mal limité, l'appendice en imminence de perforation sur deux endroits, avec la cavité pleine de liquide sale et de boulettes fécales. » Evidemment cet appendice allait se perforer, dit M. Routier ; que serait-il arrivé ? Le malade a guéri.

OBSERVATION III (résumée).

M. Schwartz. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*,
24 décembre 1902, p. 1271.)

« Un jeune enfant de quatre ans est pris, le mercredi de douleurs vives dans la fosse iliaque droite ; il vomit son déjeuner. » M. Schwartz le voit le jour même avec un pouls à 85, une tem-

pérature rectale à 38°. Il a déjà eu un accident analogue six mois auparavant.

M. Schwartz trouve tous les signes d'une appendicite subaiguë et conseille la temporisation, mais à condition de prendre le pouls et la température quatre fois par jour, et de l'avertir au moindre incident. Tout va bien. Le jeudi, il voit encore l'enfant à 6 heures et demie du soir, quand à 11 heures, les douleurs sont plus vives. L'enfant a un vomissement et un *gros frisson*.

M. Schwartz le trouve avec un pouls à 140, une température rectale à 39°8, diagnostique une perforation que lui démontra l'opération pratiquée à 2 heures du matin. L'enfant guérit parfaitement après ablation de l'appendice perforé par une ulcération.

OBSERVATION IV (résumée).

M. Lucien Picqué (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 7 octobre 1903, p. 914.)

Appendicite gangréneuse d'emblée. Péritonite généralisée. Intervention précoce. Guérison.

L. X..., 23 ans, interne des hôpitaux, présente depuis l'âge de 12 ans de l'entérocologie, de la diarrhée par crises durant une huitaine de jours. Un traitement hydrominéral amène une amélioration dans les dernières années. Début des accidents dimanche soir, 15 février, à 9 heures, par une douleur brusque, extrêmement vive, en coup de pistolet, localisée à l'ombilic. Cette douleur a surpris le malade chez des amis où il était en visite.

Rentré chez lui, il est pris d'un violent frisson, suivi de vomissements alimentaires très abondants, puis bilieux. Rien

n'avait fait prévoir ces accidents. Toujours un peu de diarrhée depuis deux ou trois jours.

Le malade se fait transporter à l'hôpital Bichat. Etat nauséux. Les vomissements ont cessé. T. 38°5. Ventre *souple*, mais région épigastrique douloureuse à la pression. Piqûre de morphine. Nuit bonne.

16 février. La douleur persiste au niveau de l'épigastre, et de la fosse iliaque gauche. La fosse iliaque droite est absolument indolente à la pression. Le ventre est *souple partout, sans tension ni ballonnement*. Persistance de l'état nauséux. Epreintes rectales très douloureuses. Mictions douloureuses. Coliques. Pas de constipation : il y a eu une selle le matin. T. 38°. On pense à une crise d'entéroclite. Journée sans incident. Le soir, à 7 heures et demie, *frisson brusque et intense*. T. 40°. Douleurs rachidiennes très intenses. L'abdomen est tellement *souple*, qu'on se croit en présence d'une maladie générale. Injection de morphine.

La nuit, L... est réveillé par des douleurs rectales très vives. Lavement laudanisé, rejeté immédiatement. Les douleurs augmentent.

17 février. T. est retombée à 38°. Le facies est très altéré. Le ventre est *souple partout*, non ballonné, indolent à l'épigastre et à droite. Douleur très vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. Pouls : 130. Epreintes rectales continuelles et très douloureuses. Pas de selles.

M. Picqué, appelé en consultation par son collègue Soupault voit L... pour la première fois vers midi. Il diagnostique une péritonite généralisée, diagnostic auquel se range son confrère.

Une consultation a lieu à 5 heures et demie avec MM. Felizet, Jalaguier, Maclaure et Soupault. Le ventre n'est pas ballonné, il est souple, douloureux seulement à gauche. Pouls à 130. Facies grippé. T. 39°5.

L'intervention est pratiquée. On trouve une péritonite généralisée suppurée. Appendice pelvien profondément engagé

dans l'excavation. L'extrémité de l'appendice est entièrement sphacélée et perforée en plusieurs points. Un flot de pus, mal lié, d'odeur infecte, remplit le ventre jusqu'à l'ombilic, sans fausses membranes ni adhérences de limitation.

Mercredi 18 juillet. Facies altéré, vomissements, hoquet douloureux, bruyant.

20 juillet. Hoquet.

24 juillet. Collection rétro-cœcale évacuée. L'état général s'améliore. Guérison progressive.

OBSERVATION V (résumée).

M. Segond. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
15 février 1899, pages 160, 161 et 162.)

Il s'agit d'une fillette de dix ans et demie, robuste, fort bien constituée. M. Segond est demandé en consultation le vendredi 10 février à une heure de l'après-dîner par le docteur Valmont. Voici qu'elle avait été la marche des accidents.

Le lundi 6 février, légère indigestion à la suite d'un déjeuner, peut-être trop copieux. Deux vomissements alimentaires. Pas de diarrhée. Peu de douleurs abdominales. Pas de fièvre. On se contente de laisser la fillette à la chambre, jusqu'à mercredi, sans lui donner aucun médicament et sans la purger.

Mercredi 8 février, bon appétit. Selles normales. Santé parfaite.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, à 2 heures du matin, brusque réveil par des nausées répétées, bientôt suivies d'un vomissement bilieux et d'une assez vive douleur au niveau du creux épigastrique, s'irradiant jusqu'à l'épaule droite. Cette douleur de l'épaule droite s'était déjà montrée le lundi.

Le docteur Valmont voit l'enfant le jeudi matin ; pas de fièvre. Pouls à 80 ; les nausées persistent ; la douleur épigastrique a fait place à une douleur nettement localisée dans la région appendiculaire. Un peu de ballonnement abdominal, sans empâtement perceptible au niveau de la fosse iliaque droite.

Diète, repos au lit, opium à l'intérieur, glace sur le ventre. Les nausées et la douleur de la fosse iliaque cèdent à peu près complètement dans la soirée. Pas l'ombre d'un mouvement fébrile. Assez bonne nuit.

Vendredi matin, à 9 heures, l'état changé brusquement : réapparition d'un vomissement, *frisson violent*, réveil d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, ballonnement douloureux du ventre avec défense assez accusée des muscles de la paroi ; facies tiré, langue blanche et un peu sèche ; température de 39°3 et pouls à 120.

Cette crise douloureuse et fébrile, née brusquement à 9 heures du matin, cesse de même à 11 heures, pour faire place à un bien-être étonnant. La fillette reprend tout d'un coup bonne figure ; elle se met à jouer sur son lit et c'est dans cet état que M. Segond la trouve à une heure de l'après-midi.

A ce moment (quatre heures après le frisson et deux heures après la brusque amélioration), voici qu'il constate : facies excellent, langue un peu blanche, mais très humide, odeur un peu aigrelette de l'haleine, la douleur de l'épaule droite persiste, ventre souple et sans ballonnement. Toute douleur abdominale spontanée a disparu ; toutefois, une pression forte au niveau de la région appendiculaire éveille encore une sensation pénible, sourde et assez bien localisée. Il semble, en outre, qu'il y ait, non pas de l'empâtement, mais un peu de défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite.

L'enfant est très gaie, elle a rendu des gaz par l'anus, elle a même eu une selle normale et demande à manger. Bref, si le diagnostic n'est pas douteux, il n'est pas moins certain que l'amélioration est considérable et bien faite pour inviter à l'abstention chirurgicale.

Il existe toutefois deux signes qui survivent à la crise du matin et qui donnent l'éveil ; la température, quoique abaissée, n'est pas tout à fait normale, et, de plus le pouls est encore, non plus à 120, mais à 110. C'est en se basant sur cette accélération du pouls et *sur sa discordance avec l'amélioration générale* que le Professeur Segond conseille l'incision immédiate. L'opinion du Professeur Segond est confirmée par MM. Dieulafoy, Hutinel et Valmont et l'opération faite à sept heures.

A l'ouverture du péritoine pariétal, issue d'un flot de sérosité trouble répandue au loin entre les anses intestinales et accumulée en quantité très abondante dans tout le petit bassin, Nulle part de pus véritable, ni de tendance à un enkystement quelconque. L'appendice est couché derrière le cœcum, et remonte en haut vers le foie. Il est énorme, gros au moins comme le petit doigt, sphacélé en totalité, jusqu'à un demi-centimètre de son insertion cœcale, et perforé en deux points qui laissent sourdre un liquide sanieux, noirâtre, extrêmement fétide. A l'intérieur de l'appendice, se trouve un bloc de matières fécales, durcies, ayant la forme d'un haricot et constitué par une série de couches concentriques et stratifiées.

Résection de l'appendice. Lavage du péritoine. L'opération datait du vendredi 10 février. Le 15 février, le Professeur Segond considérait l'enfant comme *sauvée*.

OBSERVATION VI (résumée).

Tuffier (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
22 mars 1899, p. 324.)

M. Tuffier a vu une malade qui, prise *d'un frisson*, entre à l'hôpital avec 40°. Le lendemain 37° de température et 80 pulsations ; pas de gaz depuis la veille. La température n'était que de 37° au moment de l'opération. L'appendice était perforé.

OBSERVATION VII

M. Mignon (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
14 février 1903, p. 202)

Il s'agit d'un malade « qui fut pris brusquement le 8 janvier, à 9 heures du soir, étant au lit, de violentes douleurs abdominales ressemblant à des coliques, et prédominant surtout dans tout le côté droit du ventre avec irradiations vers la région lombaire du même côté. Peu après la douleur abdominale, apparurent de la céphalée, des *frissons* et des vomissements. » Douze heures après, au premier examen, le malade a bon aspect, le visage est coloré. Mais la palpation du ventre est douloureuse sur toute son étendue, avec une sensibilité exquise dans la fosse iliaque droite, sans maximum au point de MacBurney. T. 37°, pouls 88. L'opération est faite à 10 heures du matin, soit treize heures après l'ictus abdominal ; et M. Mignon trouve le péritoine rouge, contenant un liquide louche ; le cœcum injecté, les anses intestinales affaissées et violacées, contractées comme des anses d'intestin de chien. L'appendice était renflé en massue, avec un meso très épaissi, sans ganglions voisins. Le malade guérit.

OBSERVATION VIII

(M. Segond cité par Legueu in *Traitement de l'appendicite*
1899, p. 15.)

« Au cinquième mois de la grossesse, une jeune femme observée par Segond est prise d'une appendicite qui semblait légère, la région appendiculaire en effet reste souple, la langue

humide, le facies rassurant, la température est à 37°8 et le pouls 96 ; pas de nausées, l'émission des gaz par l'anús s'effectue régulièrement. Or, le lendemain matin à huit heures, une crise douloureuse apparaît, qui est suivie *de frissons*, d'élévation de la température et d'accélération du pouls : la malade est opérée quelques heures plus tard, la péritonite est généralisée, et malgré tous les efforts, cette jeune femme succombe quelques jours après. »

OBSERVATION IX (résumée).

M. Delassus (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 18 février 1905..

Enfant de 10 ans, maigre. Appendicite franche. Localement, il y a peu de choses perceptibles à la palpation : pas de placard net.

Le sixième jour, *frissons prolongés*. La fièvre monte. M. Delassus, appelé en consultation, conseille une opération immédiate.

Par l'incision, jet de pus gros comme le doigt, d'une odeur infecte. L'appendice tient à peine au cœcum. Il est réséqué.

Le soir même, l'enfant avait 41° et mourait 24 heures après l'opération.

Discussion. — Ces appendicites aiguës présentent certaines analogies anatomo-cliniques assez remarquables.

1° Dans la période d'état d'une appendicite aiguë, ne présentant jusque-là rien de particulièrement inquiétant (obs. I ; obs. IX), ou même bénigne (obs. III, V, VIII), surviennent *un ou plusieurs frissons* avec élévation de

la température et accélération du pouls, avec vomissements et recrudescence des douleurs abdominales.

2° C'est partout la même *absence de réaction péritonéale localisée*: pas d'empâtement perceptible (obs. V), pas de placard net (obs. IX), ventre souple (obs. I, III, IV, VIII).

3° L'épisode *frisson* avec ascension thermique est suivi de chute complète du pouls et de la température (obs. II, VII), de chute incomplète et parallèle du pouls et de la température (obs. I), de chute dissociée du pouls et de la température (obs. IV, V).

4° L'appendice est supprimé, ulcéré ; la perforation est imminente, le péritoine, absolument sain et sans adhérences (obs. I), avec un foyer de péritonite pelvienne mal limitée (obs. II). L'appendice est gangrené, la perforation est constituée (obs. III, IV, V, VI, IX), et la péritonée plus ou moins généralisée:

Essai de pathogénie du frisson. — La toxi-infection appendiculaire, qui d'ordinaire se fait à petites doses, mais à doses continues, est ici brusque et massive.

Que l'élimination dans la lumière de l'appendice, d'un abcès folliculaire ou d'une escarrhe mette soudainement en contact le contenu de la cavité appendiculaire avec le mince feuillet péritonéal qui tapisse le fond de l'ulcération, ou que ce contenu septique se déverse à travers une effraction peut-être large, dans un péritoine sans défense, il se fait toujours, au niveau de la séreuse, une résorption brusque de produits toxi-infectieux et cette attaque violente se traduit cliniquement par un

frisson avec élévation thermique et accélération du pouls.

Valeur diagnostique et pronostique du frisson.

En l'absence d'organisation de défense locale, le frisson doit faire craindre une perforation à brève échéance de l'appendice libre dans une cavité abdominale non protégée par des adhérences.

Plus souvent, l'apparition d'un frisson violent avec élévation de température et accélération du pouls, dans la période d'état d'une appendicite aiguë, est le témoignage accusateur d'une perforation constituée. C'est alors le frisson septicémique de la première étape péritonéale, après laquelle la généralisation s'effectuera rapidement, ou évoluera quelque temps à bas bruit. La péritonite, dans ce cas, ne se distinguera plus de ces péritonites généralisées par migration microbienne trans-pariétale ou perforation punctiforme, qui font suite sans à-coup à l'appendicite et dont l'allure insidieuse est bien connue.

CHAPITRE III

Histoire de quelques appendicites aiguës graves sans modifications caractéristiques du pouls et de la température.

Le pouls et la température d'une part, l'état de l'abdomen d'autre part, sont, nous le savons, des symptômes d'une importance capitale. La discordance du pouls et de la température, quelle que soit l'atténuation des autres symptômes, possède une valeur diagnostique et pronostique indéniable. Le parallélisme du pouls et de la température, qui, dans les appendicites circonscrites sont non seulement concordants, mais ne décrivent que de faibles oscillations, est généralement de bonne augure et le grave frisson avec brusque ascension thermique, intercalé entre deux segments de courbe qui, à l'état isolé, peuvent être parfaitement rassurants, n'infirmes en rien l'importance de ce point de repère si précieux.

Il y a cependant des appendicites dont l'avenir et même l'état actuel ne se trouvent pas inscrits sur les graphiques du pouls et de la température. Nous serions surpris, dit Broca (1), « que l'appendicite fût favorisé

(1) Congrès de Bruxelles, 1902.

du symptôme pathognomonique absent dans toutes les autres maladies ». Lejars (1) se guide le plus souvent sur le pouls, mais il reconnaît « qu'on s'exposerait parfois à de cruels mécomptes en s'y remettant à lui seul ». Il est certain aussi que, si la dissociation du pouls et de la température fournit, dans la grande majorité des cas, des indications réellement précoces, en d'autres, elle n'est qu'une manifestation de gravité confirmée (Quénu) (2), dont il faut savoir prévenir et ne pas attendre la trop fâcheuse apparition.

Nous avons vu que l'aggravation ou la persistance des phénomènes généraux qui ne trouvent pas, dans l'organisation de la défense locale, une justification suffisante, sont des signes de gravité, et qu'il serait dangereux, dans ces conditions, d'attendre que le pouls s'accélère, que la température s'abaisse, que le facies s'altère, c'est-à-dire que le sombre tableau de la péritonite ne s'installe au grand complet.

Que l'avenir d'une appendicite aiguë ne puisse toujours se lire sur les courbes du pouls et de la température, cela n'a rien d'étonnant. En appendicite, comme dans toutes les autres affections, il n'est pas toujours possible, il est même quelquefois impossible de prévoir l'évolution des accidents. De là, « ces catastrophes soudaines » (Reclus) (3), qui viennent terminer inopiné-

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 14 janvier 1903.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 5 novembre 1902.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 12 novembre 1902, p. 1057.

ment et dramatiquement des appendicites jusque-là franches et même bénignes.

M. Berger (1) rapporte deux observations d'appendicite aiguë « dont l'état ne semblait pas alarmant », et qui « ont présenté du jour au lendemain des phénomènes d'infection, ou d'empoisonnement septique suraigus contre lesquels la laparotomie a été impuissante ».

M. Hartmann (2) signale « de ces appendicites en deux temps », qui après une période de calme parfait, se réveillèrent brusquement et se terminèrent par la mort en trente heures chez un premier malade, en trente-six heures chez un deuxième malade.

M. Legueu (3) a observé « un exemple malheureux » du même genre. « Un malade est soigné pour une appendicite légère ; on attend. Les signes s'amendent, la guérison paraît certaine. Le malade se lève, il quitte l'hôpital. Au bout de sept à huit jours, il est pris brusquement de phénomènes graves et meurt en vingt-quatre heures de péritonite généralisée. »

Un fait analogue est rapporté par M. Ch. Monod (4). Un jeune garçon de 19 ans, entré à l'hôpital « quatre jours après le début brusqué des accidents, avec une tuméfaction douloureuse à droite et de la fièvre ». La

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 15 février 1899, p. 156.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 22 février 1899, p. 184.

(3) *Monographies cliniques. Traitement de l'appendicite*, 1899, p. 15.

(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 10 juillet 1895.

température resta élevée pendant quatre jours, puis survint une période d'apyrexie qui dura quatre jours également. La tuméfaction et la douleur de la fosse iliaque droite avaient disparu ; c'est à gauche que le malade souffrait à la pression.

Le soir du quatrième jour de cette phase de la maladie, la température s'éleva à 39°. Le lendemain matin, « le thermomètre ne marquait plus que 37°5, mais le pouls était fréquent. Le ventre se ballonnaît, le facies était péritonéal. M. Ch. Monod fit une laparotomie médiane et ouvrit successivement deux vastes collections, l'une gauche et l'autre droite ». La mort suivit rapidement.

Ces rapides transformations qui mettent la surveillance en défaut (Legueu) (1) et se déroulent avec une terrible rapidité après une période de sédation ou de calme parfait, constituent heureusement pour l'honneur de la clinique et le bien des malades, « de très rares exceptions » (Berger) (2) et ces exceptions, si elles ne confirment pas la règle, du moins elles ne l'infirmement pas.

A côté de ces appendicites qui se terminent dramatiquement sans qu'il ait été possible d'en prévoir le dénouement, il en est qui évoluent sous les yeux sans manifester leur gravité par les symptômes habituels.

Loin de nous la pensée de vouloir montrer, dans ce

(1) Legueu, *loc. cit.*, p. 14.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 15 février 1899, p. 156.

chapitre, combien sont illusoires les indications fournies par la température et le pouls. Ils restent au premier plan du tableau symptomatique de gravité ou de bénignité. Ils sont de beaucoup les plus constants et les plus fidèles de tous les signes, et quelques faits exceptionnels ne sauraient les faire déchoir de l'importante signification qu'ils ont définitivement acquise dans l'histoire des accidents appendiculaires et qu'ils conservent dans l'immense majorité des cas. Nous avons tout simplement groupé quelques observations qui nous ont paru déroger aux règles habituelles de la clinique et présenter à cet égard un certain intérêt pratique.

Nous avons éliminé, est-il besoin de le dire, les appendicites aiguës où l'apyrexie coïncide avec l'accélération du pouls, l'absence de fièvre caractérisant précisément les formes les plus graves de l'infection péritonéale (Jalaguier) et n'avons conservé que celles évoluant avec des lésions circonscrites ou diffuses sans amener dans la température et le pouls les modifications ordinairement caractéristiques des appendicites graves.

OBSERVATION X (personnelle)

Appendicite aiguë dans le cours d'une infection gastro-hépatique. Réaction fébrile atténuée. Pouls normal. Fistule pyostercorale consécutive. Poussée d'albuminurie pendant la convalescence. Guérison.

M..., 21 ans, cuirassier, a présenté en décembre 1903 des accidents abdominaux sur lesquels il nous faut d'abord donner

quelques détails. Depuis quelques mois déjà, il ressentait dans le ventre « des picotements », quand le 13 décembre il fut pris assez brusquement de douleurs très vives dans le ventre avec vomissements. Dans la journée, il a une selle normale. Le 14, il entre à l'hôpital. La paroi abdominale est tendue dans toute la région sous-ombilicale. Le ventre est météorisé dans la portion sus ombilicale. Pas d'hyperesthésie. La palpation décelé deux points particulièrement douloureux dans les fosses iliaques droite et gauche. Pas de selle, pas d'émission de gaz par l'anus. Pas de vomissements. Il y a de la parésie vésicale et de la rétention d'urine. Les urines sont courtes, foncées, non albumineuses. T. 38°4.

Le 15. T. matin : 38°2. Pouls 82. Le soir, T. 39°6. Facies excellent. Langue sèche.

Le 16. T. 38°. P., 82 pulsations. Pouls ample, bien frappé. Le soir, T. 38°2. P., 76. La parésie vésicale persiste. Le soir, deux petites selles. Emission de gaz. Le ventre est très ballonné, moins douloureux.

Le 17 décembre, le malade a de la diarrhée. T. du matin : 36°5. P., 80 pulsations. Un vomissement porracé abondant. Le ventre est moins ballonné, moins douloureux. Le malade que l'on avait sondé jusque-là urine seul. Pas de localisation douloureuse à droite. T. du soir : 38°4. Le pouls bat 92 pulsations bien frappées.

Le 18. T. matin : 39°6. Pouls, 80. Le ballonnement et la douleur n'ont pas augmenté. Il y a eu des gaz par l'anus. Les urines sont abondantes, claires. Le facies excellent. T. du soir : 38°8.

Le 19. Le ventre est à peine ballonné et peu sensible. La défense musculaire est moins prononcée dans les fosses iliaques. T. du matin : 37°4, celle du soir : 37°8. Le pouls est à 60.

A partir du 20, tous les symptômes s'atténuent et disparaissent les jours suivants.

Cet ensemble symptomatique ne permet pas de formuler un diagnostic absolument ferme, Quoi qu'il en soit, le médecin

traitant s'arrêta au diagnostic d'appendicite comme étant le plus probable et le traitement médical fut institué intégralement et rigoureusement : glace, opium, diète.

Le malade refusa l'intervention qui lui fut proposée et quitta l'hôpital le 26 janvier 1904 (1). De janvier à mai 1904, M... n'éprouve rien de particulier.

Il entre à l'hôpital le 29 mai pour des accidents qui tout d'abord ne rappelaient en rien l'épisode abdominale de décembre 1903.

Le malade se plaint de céphalée, de courbature, d'anorexie et de douleur à l'épigastre. Il est constipé, févreux. La douleur à l'épigastre n'est pas violente, c'est une sensation de pesanteur continuelle, d'endolorissement et la pression en ce point et un peu à droite de l'épigastre exagère et rend plus pénible cette douleur. Le malade a eu plusieurs vomissements.

Le 31 mai, le 1^{er} juin, les 3 et 4 juin, il présente des accès de fièvre intermittente à maximum vespéral et avec chute plus ou moins complète le matin. Le pouls oscille entre 60 et 80, il est ample, bien frappé. Les urines ne sont pas albumineuses. Elles sont courtes, brunâtres. La langue est saburrale. Le ventre absolument souple et indolent.

Le 9 juin, 12^e jour de l'entrée à l'hôpital, la fièvre réapparaît sous forme d'accès qui s'annonce par des frissons répétés. La température atteint 40°. Le pouls est bon, il bat 80 pulsations. La douleur à l'épigastre persiste toujours. Le foie n'est pas accessible à la palpation. Sa matité n'est pas augmentée; on note un peu de subictère conjonctival et une éruption polymorphe sur le ventre et sur les cuisses en même temps que quelques douleurs fugaces aux genoux et aux jambes. L'accès se termine au milieu de sueurs extrêmement abondantes. La constipation est toujours opiniâtre. Les urines sont très foncées. Le 11 au

(1) Cette partie de l'observation nous a été communiquée par M. Vialaneix, médecin-major, qui vit le malade à cette époque. Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous autoriser à la publier.

matin, la chute thermométrique est complète. T. 36°. Le pouls tombe à 48.

Le 12. dans la soirée, nouveaux frissons. Vomissement bilieux. Réascension thermique. Le 13 au matin, nous trouvons le malade dans un état de sudation profusé : c'est la chute, T. 37°8. L'érythème polymorphe a réapparu. Les urines ont une coloration brun foncé.

Le malade est toujours constipé. L'examen réitéré de l'abdomen ne décèle absolument rien.

Dans la nuit du 14 au 15 juin, 17 jours après l'entrée à l'hôpital, apparaissent brusquement des douleurs violentes et généralisées d'emblée à tout l'abdomen, aussi vives à gauche qu'à droite. La souffrance est tellement violente que le malade ne peut supporter le poids des couvertures. La douleur lui arrache des plaintes continuelles. Les deux droits sont contracturés. Le ventre est déprimé : pas d'hyperesthésie. Une demi-heure après le début des accidents, nous prenons la température axillaire. Elle n'est que de 36°9. Le pouls excellent, bien frappé, régulier, bat 64, nous lui faisons appliquer de la glace séance tenante. Les douleurs spontanées s'amendent bientôt. Le malade a deux vomissements bilieux.

Le 15 : défense musculaire bilatérale. Les douleurs spontanées ont presque disparu. La pression provoque de la douleur surtout accentuée dans les deux fosses iliaques. Le météorisme est généralisé à tout l'abdomen.

La matité hépatique est très réduite. Il y a une légère élévation thermique le soir 38°2. Le pouls bat 84 pulsations. Pas de vomissements. Pas d'albumine dans les urines. Langue sèche. Facies un peu grippé. *Émission de gaz par l'anus*. Pas de selle. Traitement médical de l'appendicite.

Le 16 : émission de gaz par l'anus. Le malade a trois vomissements porracés très abondants. Langue sèche, rôtie. Le facies reste grippé. T. du soir 38°2. Pouls très bon, 78.

Le 17, la température tombe. Le pouls est excellent, 68. Dans la journée, deux vomissements porracés extrêmement

abondants, atteignant chacun près d'un litre. Il n'y a pas de localisation des symptômes dans la région de Mac-Burney. Les deux fosses iliaques sont également douloureuses. Il y a même un peu plus de défense musculaire à gauche. Emission de gaz et expulsion d'un petit cylindre fécal, dur, peu coloré, provoquée par l'application d'un suppositoire.

Dans la nuit du 17 au 18, le malade a deux vomissements noirâtres très abondants : le dernier atteint presque un litre et dégage une odeur nauséuse.

Le 18, la température est normale. Le pouls est remarquablement lent, régulier, bien frappé, il bat 58 pulsations. Le météorisme est toujours aussi prononcé, la matité hépatique très diminuée. La défense musculaire persiste dans les deux fosses iliaques. Le facies est meilleur. Pas d'albumine. Pas de subictère. Dans l'après-dîner du 18, nouveau vomissement noirâtre et d'odeur pas fécaloïde, mais forte et désagréable.

En présence de *ces vomissements inquiétants* par leur répétition, leur abondance et leur nature, et malgré *un pouls et une température tout à fait rassurants*, en contradiction avec les autres symptômes, l'intervention est décidée et pratiquée le 18 à six heures du soir.

Opération. Le chirurgien fait l'incision appendiculaire. A mesure que les plans de l'abdomen sont incisés, on voit se dessiner le cœcum qui distendu, météorisé, refoule la paroi. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide séreux. Le péritoine qui recouvre le cœcum est rouge, injecté, vascularisé. Les veines y dessinent des sinuosités flexueuses, saillantes et très foncées. Il n'y a pas trace de fausses membranes à ce niveau.

L'appendice très long, transversal, plonge profondément dans le petit bassin et adhère intimement au péritoine pariétal. Le chirurgien n'essaye pas de le libérer et le laisse en place.

Au niveau de son insertion cœcale, l'appendice est augmenté de volume, et est entouré par un abcès en forme de fer à cheval à concavité supérieure, contenant 50 grammes environ d'un

pus brunâtre, épais, sans odeur fécaloïde. Le péritoine est asséché. On draine largement et profondément avec deux gros drains adossés en canon de fusil.

Le 19 juin, le pansement est traversé par une sérosité rosée. Au contact de la plaie et des parties profondes du pansement, il y a du *véritable pus en quantité relativement considérable*. Le ventre est ballonné, météorisé, non douloureux. Pas de vomissement. Le poulx est plein, bien frappé. La langue est sèche. Soif très vive. Gaz par l'anus. 500 grammes de sérum artificiel. Dans l'après-dîner, un peu de hoquet, vomissement verdâtre à odeur légèrement fécaloïde. Poulx excellent, un peu de subictère conjonctival.

Le 20, le pansement est souillé par de la sérosité louche à odeur très forte. Les dernières compresses sont tachées de pus. Par le drain supérieur, il sort un liquide verdâtre, à odeur fécaloïde très nette. Le ballonnement persiste généralisé. Le ventre est souple, non douloureux. T. 37°. Poulx 66.

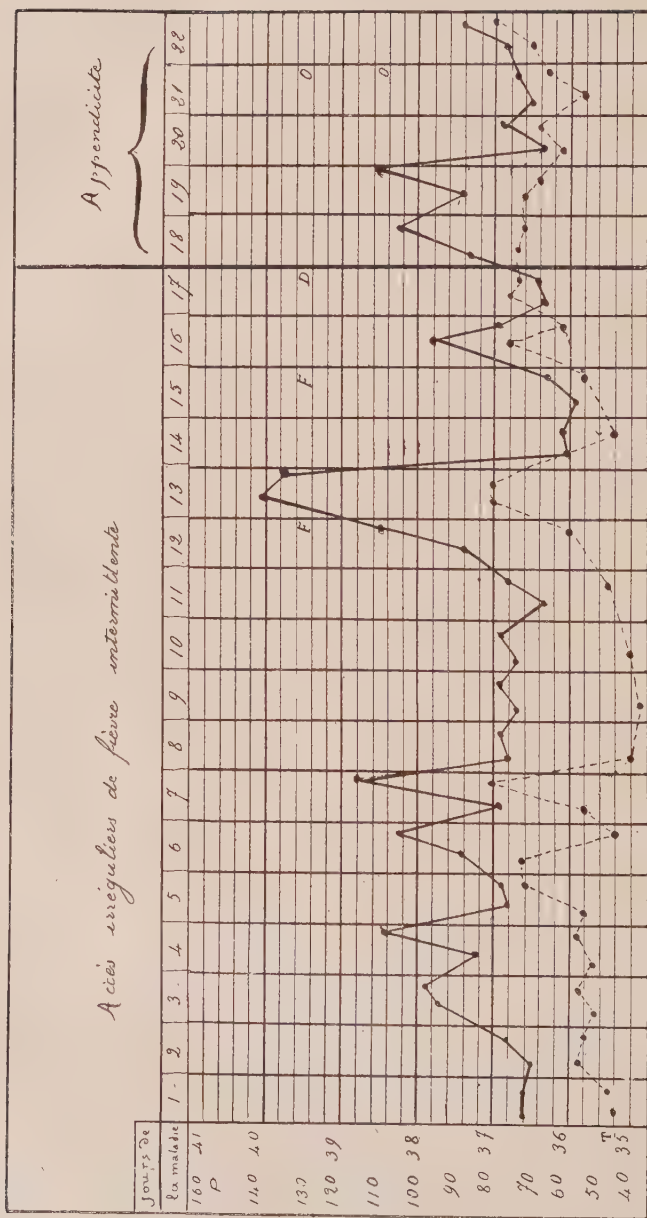
Dès lors, une fistule pyo-stercorale est constituée, nous avons vu que l'abcès appendiculaire était voisin de l'insertion du cœcum, c'est probablement à ce niveau que s'est faite la perforation.

Le 14 juillet. Frisson intense, élévation de la température, albuminurie abondante, accélération du poulx, 106. A partir du 17 juillet, cette albuminurie disparaît, la fistule pyo-stercorale sécrète beaucoup moins. Les pansements jusque-là renouvelés tous les jours et même deux fois par jour, peuvent s'espacer davantage et le 18 octobre, la plaie opératoire était définitivement fermée : c'était 122 jours après l'opération.

Le malade quittait l'hôpital le 27 décembre pour rentrer définitivement dans ses foyers.

Nous donnons ci-contre les graphiques du poulx et de la température depuis l'entrée à l'hôpital du malade jusqu'au lendemain de l'opération.

Nous nous sommes informé, en février 1906, de la santé de M..., et nous l'avons prié de voir son médecin qui a bien voulu



joindre à la lettre de notre malade quelques renseignements complémentaires.

M..., qui a conservé son appendice. n'a plus ressenti la moindre douleur dans le ventre depuis décembre 1904, date à laquelle il a quitté l'hôpital. L'appétit est excellent, les selles régulières et quotidiennes. M... se livre aux rudes travaux des champs sans éprouver la moindre souffrance.

Note du médecin : éventration au niveau de la plaie chirurgicale. Aucune sensibilité provoquée ou spontanée du ventre. Embonpoint normal. Etat général excellent. Pouls: 64 à la minute. Pas d'albumine dans les urines.

Discussion. — 1° Cette appendicite (1) présente d'abord une particularité intéressante au point de vue pathogénique. Le malade a commencé par éprouver des symptômes d'embarras gastrique: inappétence, langue saburrale, constipation, douleur à l'épigastre, vomissements. Cette douleur n'a pas l'acuité et les irradiations de la douleur lithiasique. Elle est bien localisée au creux épigastrique et un peu à droite. C'est une sorte de pesanteur, d'endolorissement et la pression en ce point exagère et rend plus pénible cette sensation. Jamais le malade n'avait éprouvé de troubles ressemblant à de la cholélithiasie, alors que dans la fosse iliaque il ressentait depuis longtemps « des picotements », ainsi qu'il nous l'a répété plusieurs fois et écrit en février 1906. Le foie n'était pas augmenté de volume, pas ou peu sensible. Un peu de subictère conjonctival. Les urines sont brun foncé.

(1) Nous nous permettons ici une longue digression, mais peut-être n'est-elle pas tout à fait dénuée d'intérêt.

Pendant les dix-sept jours qui précèdent l'ictus appendiculaire, le malade a six accès de fièvre intermittente.

Les deux derniers sont précédés de frissons, accompagnés de légères douleurs articulaires, d'érythème polymorphe, et suivis de sueurs profuses. La constipation est toujours opiniâtre.

Pendant toute cette période, l'abdomen est absolument souple et indolent. Mis en éveil par le passé abdominal du malade, on examine le ventre tous les jours et plusieurs fois par jour, jamais on ne découvre le moindre signe susceptible de faire penser à des accidents appendiculaires.

C'est seulement le dix-huitième jour de la maladie, que l'appendicite fait bruyamment son entrée en scène. Dès lors, tous les symptômes hépatiques disparaissent, plus de frissons, plus de sueurs, la température, restée aux environs de 38° les deux premiers jours, tombe complètement le troisième jour, pour ne plus remonter.

Rien, ni dans la convalescence, ni depuis que le malade a quitté l'hôpital, n'est venu rappeler le souvenir de ces accidents.

1° Il ne s'agit pas ici des complications hépatiques toxiques ou infectieuses contemporaines de l'épisode aigu ou survenant pendant la convalescence de certaines appendicites aiguës [1^{re} Dieulafoy (1), Achard (2), Berthelin (3)], notre malade n'ayant éprouvé ses acci-

(1) Communication à l'Académie de médecine, 1898. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 825. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898, 10^e leçon.

(2) Société méd. des hôp., 16 nov. 1894. Infection du foie compliquant l'appendicite.

(3) Complications hépatiques de l'appendicite. *Th.* Paris, 1895.

dents que trois mois après la première crise appendiculaire et nettement quelques jours avant la seconde crise.

2° Il ne nous paraît pas légitime non plus d'admettre l'hypothèse d'appendicite éclatant au cours d'une cholécystite calculeuse, comme le Professeur Dieulafoy (1) et Becker (A.) (2) en rapportent de nombreuses observations.

Notre malade n'avait éprouvé, ni avant, ni après sa maladie, les symptômes de la lithiasé hépatique.

3° Nous restons donc en face d'une cholécystite ou d'une angiocholite infectieuse, non calculeuse, non suppurée. Et dans ce cas, ou bien l'appendicite a été la conséquence de la cholécystite ou de l'angiocholite dont l'inflammation s'est propagée par voie descendante jusqu'à l'appendice, ou bien, et, c'est l'hypothèse à laquelle nous nous rallions le plus volontiers, un état pathologique gastro-intestinal peut-être grippal, a infecté successivement et les voies biliaires et l'appendice — ces deux annexes anatomiques et physiologiques du tube digestif. L'infection qui au foie, à la vésicule ou aux conduits biliaires, a passé à la résolution, a suppuré au niveau de l'appendice déjà malade, taré comme dit Roux (de Lausanne) et par conséquent en état de réceptivité inflammatoire plus grande.

(1) *Bull. de l'Académie de médecine*, 17 juin 1903. *Manuel de Pathologie interne*, t. II, p. 917.

(2) *Über gleichzeitige Erkrankungen an Appendicitis und cholelithiasis respective Cholecystitis. Deutsche Ztschr. f. Chir.* Leipz., 1902-03, LXVI, 246-275.

Nous connaissons ces appendicites de cause générale, décrites par Jalaguier. Merklen (1) cite plusieurs observations d'appendicites grippales. Peut-être la grippe, ne provoque-t-elle l'appendicite en certains cas, que par l'intermédiaire du tube digestif, si fréquemment touché au cours de cette affection. Ces appendicites rentreraient ainsi dans le groupe des appendicites de cause intestinale.

M. Pierre Delbet (2) relate l'observation d'un médecin qui avait eu plusieurs crises d'appendicite et qui, en même temps qu'une nouvelle poussée appendiculaire d'ailleurs légère, fit une infection hépatique très grave, angiocholite avec ictère, dont il guérit parfaitement. Et, à ce propos, M. Delbet fait les réflexions suivantes : ou bien ce malade a fait une poussée d'appendicite plus grave que les autres et c'est de son appendice que partent les microbes et les toxines qui l'infectent, ou bien, ne s'agit-il pas d'une *inflammation intestinale* due peut-être à la grippe, qui a *légèrement réchauffé les anciennes lésions appendiculaires* en même temps qu'elle *s'est propagée au foie par le cholédoque*.

M. le Professeur Pozzi (3) cite un fait très intéressant où l'infection du tube digestif a commencé par un embarras gastrique simple, puis a successivement franchi les étapes suivantes : « Première étape d'entéro-colite et de typhlite (18 au 25 octobre). Tous les symptômes

(1) Soc. méd. des hôpitaux, 19 mars 1897.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 21 janvier 1903, p. 63.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc de Chir.*, 16 décembre 1896, p. 804.

se bornent d'abord à l'inflammation gastro-intestinale, avec vomissements et diarrhée glaireuse, puis se localisent plus spécialement vers la région cœcale. »

« Deuxième étape de typho-appendicite (25 au 30 octobre.)

« Troisième étape d'appendicite et de péri-typhlite (30 octobre au 2 novembre.)

« Quatrième étape de cholédocite subintrante (2 au 10 novembre.)

« Elle débute le jour même où l'opération a fait cesser les crises de colique appendiculaire. Elle est marquée par une élévation brusque de la température et un peu plus tard, par l'apparition d'un ictère catarrhal qui évolue rapidement vers la guérison ».

Il y a donc eu, dit M. Pozzi, « d'abord infection de tout le tube digestif, puis localisation plus marquée en deux points particuliers : l'orifice de l'appendice et celui du cholédoque ».

En dehors des associations pathologiques entre l'appendice et le foie, successives et dépendantes l'une de l'autre, il y a donc des infections biliaires et appendiculaires, peut-être sous la dépendance des mêmes causes, ayant toutes deux leur point de départ dans une inflammation commune : celle du tube digestif. Cette inflammation du tube digestif est purement locale, (obs. de Pozzi) ou n'est que la localisation d'une maladie générale (obs. de Delbet et pers.)

Ces infections intestinales franchissent les étapes biliaire et appendiculaire simultanément (obs. de Delbet), ou successivement et dans ce cas, se propagent aux

voies biliaires tout d'abord, n'atteignant l'appendice que plus tard (obs. pers.), ou enflamment l'appendice avant d'aborder les voies biliaires (obs. Pozzi).

Dans ces trois observations, l'infection est résolutive pour le foie et les voies biliaires qui se drainent d'elles-mêmes ou finissent par récupérer leur perméabilité. Elle suppure au contraire (obs. Pozzi et per.) « dans ce cœcum du cœcum, ce cul-de-sac d'un autre cul-de-sac, cette fistule borgne naturelle, lieu de stagnation ou s'exalte la virulence des microbes (Reclus) (1). »

— 2° Au point de vue clinique, cette appendicite aiguë est remarquable par l'atténuation de la réaction fébrile : la température voisine de 38°, les deux premiers jours des accidents appendiculaires, tombe à la normale le troisième jour, pour ne plus remonter. Le pouls est plein, régulier, oscille entre 60 et 80, et cependant, il y avait un abcès péri-appendiculaire, un péritoine mal protégé, une injection et une vascularisation intense du péritoine cœcal, et une collection suppurée probablement rétro-cœcale qui s'est vidée spontanément dans le pansement le lendemain de l'opération.

Par contre, les vomissements noirâtres, extrêmement abondants, la constipation absolue témoignaient, malgré la rétention des gaz qui n'était pas complète, d'une occlusion intestinale relative, et constituaient une indication opératoire suffisante dont l'opération justifia l'opportunité.

(1) Académie de médecine, 16 mars 1897. *Presse médicale*, 8 juillet 1905

OBSERVATION XI

Michaux (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 22 février 1899, p. 171).

Chez deux malades de Michaux, l'abdomen était plat, les anses intestinales non météorisées. *Les muscles étaient contractés.* Il n'y avait pas de vomissements. *La température aux environs de 38°, le pouls à 80, 90,* n'indiquaient nullement une complication grave et cependant, l'appendice était perforé dans un cas, sectionné complètement dans l'autre. Il n'y avait pas traces d'adhérences. Chez le premier malade, les anses intestinales baignaient dans une sérosité louche qui n'était pas encore du pus, mais qui n'aurait pas tardé à le devenir. Chez l'autre malade, la cavité péritonéale était pleine de liquide septique et même purulent. Les deux enfants furent sauvés grâce à une intervention extrêmement hâtive.

OBSERVATION XII

Quénu (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 22 mars 1899, p. 324).

M. Quénu a eu dans son service un malade atteint d'appendicite avec 37° et 68 pulsations ; *ni matières ni gaz depuis quatre jours.* Il avait une perforation de l'appendice et des lésions de péritonite généralisée auxquelles il a succombé.

OBSERVATION XIII

Tuffier (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
22 mars 1899, p. 324).

M. Tuffier a vu une malade qui, prise d'un *frisson*, entre à l'hôpital avec 40°; le lendemain 37° et pouls 80. *Pas de gaz* depuis la veille. La malade est opérée avec une température à 37°. L'appendice était *perforé*.

OBSERVATION XIV (résumée).

Rénon (*Le Bulletin médical*, 1898, p. 541).

Il s'agit d'un malade âgé de 33 ans, qui a subi en quatre années, trois crises d'appendicite et a succombé à la dernière.

Le malade fut pris dans la soirée du 22 janvier 1898, de violentes douleurs abdominales. La nuit du 22 au 23 fut mauvaise; les douleurs furent intolérables, et les vomissements se succédèrent sans interruption depuis minuit.

Le lendemain matin, quand M. Rénon le vit pour la première fois, il le trouva dans un *état lamentable*, malgré une température axillaire de 37° 1 et un pouls à 80. Le ventre était très douloureux au point de Mac-Burney et de plus un peu ballonné; le visage et les extrémités présentaient déjà une teinte légèrement violette.

Le 23, à quatre heures de l'après-midi, M. Routier voit le malade avec M. Rénon. Le pouls n'était plus qu'à 80, la température à 37°. Une accalmie manifeste s'était produite depuis

le matin dans les signes généraux. L'opération est remise au lendemain.

Le 24, toux pénible, *ventre très douloureux*. Du hoquet et des vomissements porracés sont apparus depuis la nuit. Il n'y a pas eu de gaz depuis la veille, mais une sorte de diarrhée toxique s'est installée dans la soirée. La température est toujours basse 37° 2 et le pouls à 80, mais inégal, irrégulier et intermittent ; le faciès est franchement péritonéal.

L'opération est faite à quatre heures ; on trouve *une péritonite* et une petite perforation par laquelle s'écoule du pus.

Le malade meurt le 26, au milieu de symptômes bulbaires, avec de la cyanose et de l'asphyxie, dans une syncope.

OBSERVATION XV (résumée).

P^r Dieulafoy (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1898-99, t. III, XII^e leçon. *Les accalmies traîtresses de l'appendicite*).

Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, malade depuis le lundi 5 avril, date à laquelle les douleurs abdominales étaient apparues pour la première fois, d'abord supportables, puis très vives et accompagnées de vomissements bilieux.

Le malade entre dans le service du P^r Dieulafoy, le mercredi soir 7 avril.

A son arrivée, « rien ne pouvait faire supposer la gravité de son état : sa *physionomie était bonne*, le pouls à 70 ; la fièvre était légère, puisque la température ne dépassait pas 38°2. »

Toutefois *le ventre était assez ballonné* ; la pression déterminait une douleur vive au point de Mac-Burney ; la *défense musculaire* était *si accentuée* qu'elle rendait difficile l'exploration et ne laissait constater qu'un empatement diffus.

Le Professeur Dieulafoy voit le malade le lendemain matin. « L'accalmie était absolue, la nuit avait été assez bonne, la température était normale, la *déferescence était complète*; le pouls à 60. Rien sur la figure de cet homme ne trahissait le masque péritonéal; il n'avait ni vomissements ni hoquet. » Les garde-robes avaient continué jusqu'à la veille. « Il était donc difficile d'admettre *a priori* que, chez cet homme, l'appendicite qui n'était pas douteuse, eût abouti à une péritonite aiguë généralisée. » Le ventre était modérément distendu, *les douleurs existaient un peu partout*, surtout à la fosse iliaque droite, siège de défense musculaire et de matité diffuse.

L'opération fut pratiquée séance tenante, et démontra l'existence d'une appendicite et d'une péritonite purulente; l'accalmie trompeuse masquait une situation des plus graves. C'était un type de péritonite généralisée à foyers multiples bien étudiée par M. Ch. Nélaton.

Le malade mourut quatre heures après l'opération.

OBSERVATION XVI (résumée).

Professeur Dieulafoy. (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899. XIII^e leçon. Diagnostic de l'appendicite*).

Le Professeur Dieulafoy voit pour la première fois, le 8 avril 1898, à 9 heures du soir, un malade qui avait été pris la nuit précédente de douleurs abdominales. La température était à 37°2 et le pouls à 78. Le ventre était partout souple et indolore, excepté à la région appendiculaire où on constatait une douleur assez vive avec légère défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Sans être mauvais, le facies laissait à désirer. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une appendicite d'apparence bénigne, sans réaction fébrile.

Le lendemain matin, la situation était sensiblement la même : pas de fièvre, pas de vomissements, mais la triade symptomatique était toujours localisée à la région appendiculaire.

Le lendemain matin 10 avril, troisième jour de la maladie, aucun symptôme nouveau ne s'était déclaré ; il n'y avait ni fièvre, ni vomissement, le pouls n'était même pas à 80, cependant la nuit avait été assez pénible et les douleurs appendiculaires avaient été plus aiguës,

Le jour même, à quatre heures, l'opération fut pratiquée par M. Hartmann. L'appendice était gangrené et la péritonite déclarée.

OBSERVATION XVII (résumée).

M. Témoin, de Bourges. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 26 nov. 1902, p. 1117.)

Une jeune fille de dix-huit ans est prise d'accidents aigus le lundi. Un des confrères de M. Témoin constate nettement une appendicite : le pouls est à 90, la température est à 38°5. Le mardi, la température est à 38°, le pouls à 80. Le mercredi, T. 37°. L'état général est excellent. Cet état dure jusqu'au vendredi.

A l'examen, la douleur est plus vive depuis la nuit, mais les symptômes généraux sont excellents. La température est de 37°5, le pouls au-dessous de 80. L'opération est faite trois heures après ; dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule une sérosité nauséabonde ; l'appendice se présente de lui-même, perforé comme à l'emporte-pièce à son extrémité ; aucune adhérence ne limite le foyer. Le malade meurt le mardi suivant sans péritonite, sans vomissements, de septicémie, comme dans une fièvre puerpérale.

OBSERVATION XVIII.

(M. Maréchal, de Châtillon-sur-Seine, XIII^e congrès international de médecine, Paris, 1900.

Section de chirurgie générale. Séance du 8 août.)

Appendicite aiguë remarquable par l'absence de fièvre, de vomissements, des points de Mac-Burney, de boudin cœcal, de fluctuation et même d'empâtement jusqu'à la veille de l'opération.

Il s'agit d'une petite fille, âgée de huit ans, qui se plaint d'une douleur mal localisée dans la partie latérale droite de l'abdomen.

Le 21 octobre 1899, le docteur Maréchal, appelé, fait les constatations suivantes : le visage est un peu triste, mais la malade n'est pas prostrée. Le poulx est *plein, régulier*, bat 90 pulsations à la minute. La température vaginale est de 37°9.

La palpation n'exagère pas la douleur de l'abdomen, même au point de Mac-Burney, et ne révèle ni tumeur, ni fluctuation, ni empâtement. La percussion ne révèle pas de zone de matité. La malade ne se plaint ni de nausées, ni de vomissements.

Le 23 octobre. T., 37°4. Le poulx bat 85. L'état de la malade ne se modifie pas.

Le 24 octobre. T° 38. Le poulx bat 95. Le facies est *prostré, un peu grippé*. L'enfant a eu de la diarrhée dans la matinée et accuse une douleur plus vive que la veille dans la même région. Elle n'a pas vomi. Le point de Mac-Burney n'existe pas : pas de boudin cœcal, on perçoit une empâtement très peu marqué, coexistant avec une zone de submatité révélée par le frôlement de la paroi abdominale.

M. Maréchal porte le diagnostic d'appendicite et pratique

l'opération le lendemain matin. La température est à 37°9. Le pouls bat 94. Aucun autre signe que la veille.

Intervention. L'appendice n'est pas perforé. L'extrémité en est un peu violacée et baigne dans le pus qui remplit la cavité pelvienne. La surface de l'intestin est revêtue de fausses membranes jaunâtres presque confluentes. Résection de l'appendice. Assèchement de la cavité péritonéale.

Malgré une intervention chirurgicale faite quatre jours après le début de la maladie, l'enfant mourut douze heures après l'opération.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Ed. Schwartz. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*,
21 mars 1900, p. 340.)

Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison.

Il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans, qui, déjà, en avril 1899, avait eu une crise de coliques, avec douleur surtout à droite, pour laquelle il était resté alité quelques jours. Depuis, de temps en temps, il souffrait à droite dans la fosse iliaque.

Le 23 janvier 1900. A 7 heures du matin, il est pris d'une violente douleur dans le même point et de vomissements. Cet état dure toute la journée. Le lendemain matin à 9 heures, M. Schwartz le trouve avec un facies fatigué, un peu *grippé*, mais avec une température de 37°3 et un pouls à 70. Ce qui le frappe immédiatement, c'est la mollesse de l'ondée sanguine : le pouls est régulier, mais la *tension est très faible*.

L'abdomen est rétracté en bateau avec une hyperesthésie telle de la peau au niveau de la fosse iliaque, que le malade a

peine à supporter le poids des couvertures ; la moindre pression détermine une défense musculaire très énergique. Point maximum de la douleur au point de Mac-Burney.

Aucune émission de gaz par l'anus depuis hier. M. Schwartz pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite et opère aussitôt.

Le péritoine incisé, on tombe sur une collection purulente qui entoure l'appendice perforé à sa base ; les parois du cœcum sont œdématisées et ont la consistance du carton ; une seconde collection se trouve en arrière du cœcum et du colon ascendant ; une troisième remplit le petit bassin. Contre-ouverture à gauche, qui laisse écouler une certaine quantité de liquide purulent. Les anses intestinales sont rouges, congestionnées : pas d'exsudats pseudo-membraneux.

Le 30 janvier. Tout danger a disparu malgré des accidents d'allure grave survenus le 26 janvier. Depuis le 30, la convalescence s'est faite régulièrement.

M. Schwartz attire l'attention :

1^o Sur la rapidité des accidents ;

2^o Sur la température qui était à 37°3, le pouls à 72, malgré les collections purulentes multiples qu'il a signalées. La péritonite ne se traduisait par aucun signe, si ce n'est l'hyperesthésie, la défense musculaire et la *mollesse du pouls*.

« C'est pour ainsi dire par intuition que j'ai diagnostiqué la péritonite. Il n'y avait pas de fièvre : la température étant à 37°, 37°5. Le *pouls un peu mou* cependant était à 80. Pas de vomissements. Mais le ventre *était gros* et surtout il existait une *hyperesthésie excessive de la paroi*.

L'opération me fit tomber sur des foyers purulents multiples disséminés dans la cavité péritonéale, l'appendice était perforé. Le malade guérit. »

OBSERVATION XX (résumée). ♦

Routier. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*,
12 nov. 1902, p. 1073.)

*Appendice gangréné, deux perforations imminentes
sans symptômes aigus.*

Il s'agit d'un malade qui avait eu, en mai 1902, une première crise appendiculaire assez violente, traitée médicalement.

La seconde crise a « débuté dans la nuit du 7 au 8 novembre 1902 par une douleur violente et fixe au point de Mac-Burney ; il a vomi toute la journée du 8, il a eu de la diarrhée. » Le 9, à son entrée dans le service de M. Routier, le cas a toutes les allures « d'une appendicite légère refroidie ». Le malade n'a ni fièvre, ni douleurs, ni défense musculaire ; or, les lésions trouvées sont « un état gangréneux avancé et diffus de l'appendice » avec deux perforations imminentes.

OBSERVATION XXI

Schwartz (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
24 décembre 1902, p. 1270.)

M. Schwartz « a opéré en pleine péritonite deux malades dont l'un avait 72. l'autre 82 pulsations, avec une température de 37°5 à 38°.

M. Schwartz attire spécialement l'attention sur « la mollesse de l'ondée sanguine, l'hypotension artérielle ». « Jamais elle ne m'a trompé », dit-il ; et « toutes les fois, j'ai trouvé une péritonite déjà existante ou en train de se diffuser ».

OBSERVATION XXII (résumée).

Mauclore (Société de pédiatrie, 15 mars 1904.)

Péritonite généralisée insidieuse d'origine appendiculaire.

Drainages multiples et précoces : guérison.

1^o « L'irradiation de la douleur vers la ligne médiane et le facies un peu grippé, furent les seules raisons qui décidèrent M. Mauclore à intervenir chez un enfant malade depuis deux jours seulement ». « La péritonite généralisée n'était pas douteuse ». « L'appendice très long, très tuméfié, boursoufflé à son extrémité libre, ne présentait aucune trace de perforation ».

2^o Chez un autre enfant, il n'y avait pas de fièvre. « Le facies était très bon, la douleur iliaque gagnait un peu la ligne médiane, pas de plastron appréciable à la palpation. » L'opération pratiquée au troisième jour montra une péritonite généralisée. L'enfant guérit.

OBSERVATION XXIII (résumée).

M. Quénu (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
séance du 7 mai 1902, p. 543.)

Chez un malade dont l'attaque d'appendicite remontait déjà à trois ou quatre jours, le pouls était au-dessous de 100, la température inférieure à 38°. Mais le malade offrait l'aspect d'un déprimé, d'un affaibli, presque d'un typhique. De plus, il avait, sans avoir absorbé aucun purgatif, continuellement de la diarrhée. L'appendice était gangrené au milieu d'un foyer mal limité et sans adhérences défensives notables.

Le chirurgien ne fut appelé que tardivement. Le malade

succomba dans le collapsus après quarante-huit heures d'amélioration.

OBSERVATION XXIV (résumée).

M. Mignon (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
21 mai 1902, obs. II, p. 591).

Le malade s'est plaint tout d'abord de coliques en barre à la partie supérieure du ventre, et ensuite de douleurs localisées à la partie inférieure de la fosse iliaque. Ces douleurs étaient sourdes, permanentes, avec quelques exacerbations passagères.

M. Mignon voit le malade huit jours après le début des accidents. Au premier examen, pas de température, pouls régulier, plein, 88. Douleurs moins vives qu'au début.

Contraction musculaire à droite; tuméfaction dans la fosse iliaque, de la largeur de la main. Opération : abcès rétro-cœcal, remontant en arrière du cœcum. L'appendice est accolé à la paroi externe du gros intestin, il est sphacélé, putrilagineux. Son méso contient des masses ganglionnaires.

Après deux jours d'euphorie rassurante, le malade est pris d'accidents brusques et meurt quatre jours après l'intervention.

OBSERVATION XXV

M. Mignon (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*,
11 février 1903, p. 202.)

(Voir observation VIII).

OBSERVATION XXVI (résumée).

M. Delassus (*Journal des Sciences médicales de Lille*,
18 février 1905, p. 162.)

Un homme de 33 ans est pris brutalement d'appendicite avec tous les symptômes classiques. Le troisième jour, il est très mal : douleurs, vomissements, pouls à 120, facies tiré. M. Delassus appelé en consultation voit le malade le quatrième jour. L'appendicite n'est pas douteuse. L'état s'est amélioré. Plus de vomissements, température à 37°5. Facies reposé : le sujet se sent bien mieux. Le pouls est à 86. Toutefois *il manque de tension*.

L'accalmie portant ainsi sur tous les appareils, l'euphorie, le petit nombre de pulsations, tout fait croire que l'orage est passé et que l'on peut attendre.

M. Delassus quitte le malade à 3 heures. A quatre heures le pouls était à 90, le soir à 100, les vomissements reprennent

La nuit est agitée et mauvaise. Le lendemain matin, le malade meurt en plein collapsus.

M. Delassus ajoute : « Ce cas m'a vivement frappé, car il montre que 86 pulsations, c'est-à-dire l'absence de rapidité du pouls, ne peuvent donner toujours la sécurité. »

Discussion. — Voilà donc une série d'appendicites aiguës où la température et le pouls ne fournissent pas les indications si importantes, qui habituellement sont les premières et quelquefois les seules à donner l'éveil sur la gravité de la situation. De volumineuses collections suppurées, de redoutables péritonites généralisées évoluent sans fièvre, sans accélération notable du pouls. On intervient par principe, par intuition, sur

des nuances, et on trouve des lésions disproportionnées avec les symptômes cliniques.

1^o Dans une première catégorie d'observations, la période d'apyrexie et de pouls quasi normal a été précédée et rendue suspecte par l'apparition de frissons avec brusque élévation de la température et accélération du pouls (obs. XIII et XV), et, nous savons que cet épisode est quelquefois la première étape de la péritonite.

2^o Ailleurs le pouls est de fréquence normale, mais sa tension est abaissée (obs. XIX et XXVI). Schwartz insiste sur l'importante signification pronostique de l'hypotension vasculaire. Au même titre que la discordance du pouls, l'abaissement de la tension sanguine indique « une péritonite déjà existante ou en train de se diffuser ».

3^o Exceptionnellement, la température et le pouls sont vraiment rassurants ou ne présentent que des indications ressortissant véritablement à la symptomatologie agonique. Dans ces cas, les signes de gravité sont quelquefois dissociés : vis à vis de courbes de la température et du pouls n'inspirant que confiance, d'autres symptômes apparaissent, qui ne laissent pas de doute sur la gravité de la situation.

Le facies, aussi bien que le pouls, trahit le danger. La toxi-infection amène sur la physionomie des altérations organiques plus profondes et plus durables que les modifications réflexes de l'orage initial. Fréquemment associés, ces deux symptômes sont quelquefois isolés et l'altération du facies peut jeter l'alarme avant

et malgré un pouls parfaitement rassurant. Le malade de M. Rénon (obs. XIV) « était dans un état lamentable » malgré une température de 37° et un pouls à 80. « Le visage présentait déjà une teinte légèrement violette. » Le malade de M. Quénu (obs. XXIII) avait « l'aspect d'un déprimé, d'un affaissé, presque d'un typhique » avec une température inférieure à 38° et un pouls au-dessous de 100. « Le facies était prostré, un peu grippé » chez l'enfant qui fait le sujet de l'observation de M. Maréchal (obs. XVIII), la température était à 38° et le pouls à 95.

L'altération durable du facies est donc au même titre que la discordance et la mollesse du pouls, un symptôme de grande valeur. Elle peut, en certains cas, tenir lieu, à elle seule, d'indication opératoire. MM. Ch. Nélaton (1) et Richelot (2) lui attachent une importance capitale.

4° Si le frisson, l'hypotension vasculaire, l'altération rapide et durable du facies doivent mettre en garde contre certaines appendicites avec réaction fébrile atténuée et pouls de fréquence moyenne ou normale, il n'en est pas de même de ces cas très graves, où le pouls et le facies sont bien faits pour rassurer. Ces appendicites insidieuses, parce qu'incomplètes, sont trompeuses pour le médecin lui-même, habitué à chercher et à trouver dans ces deux symptômes la signature de l'accalmie réelle, de la sédation vraie.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 novembre 1902

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 19 novembre 1902

Le péritoine, qui tient tant de place dans l'histoire de l'appendicite, manifeste son inflammation par des symptômes généraux, par des symptômes objectifs et locaux de diffusion ou de localisation, par le symptôme personnel : la douleur, et enfin par des troubles fonctionnels gastro-intestinaux.

L'épisode du début, qui, en somme, est une péritonite en miniature, mais une péritonite réflexe, s'accompagne de douleurs, de vomissements, de constipation et d'arrêt des gaz. Quand la détente est franche ou graduelle, les phénomènes généraux s'amendent, les phénomènes locaux s'atténuent ou se localisent, les vomissements cessent, la parésie intestinale cède et les gaz, sinon les matières, passent. Quand au contraire, d'emblée ou après une accalmie, la péritonite tend à se diffuser, les phénomènes abdominaux réapparaissent. Les symptômes ne sont pas de suite au grand complet. D'abord ébauchés, isolés, ils se complètent progressivement et peuvent tous occuper, un certain temps, le premier plan du tableau symptomatique.

Le pouls et le facies sont généralement les premiers à donner l'éveil. Mais, si la diffusion des poisons n'est pas assez profonde pour avoir déjà impressionné le cœur et altéré le facies, les premiers symptômes révélateurs des accidents ultimes pourront être, suivant les cas, les troubles fonctionnels, la douleur, les phénomènes locaux. Et, en certaines occasions, ces symptômes deviendront prépondérants et permettront de dépister quelques formes graves qui entrent en scène

par les petits côtés, là où la surveillance est, d'ordinaire, moins minutieusement exercée.

L'*arrêt des gaz* et des matières, symptôme de parésie intestinale et cause d'empoisonnement stercorémique, peut constituer le seul signe d'une péritonite généralisée à ses débuts. Le malade de Quénu (Obs. XII), était atteint d'appendicite avec 37° et 68 pulsations : *ni matières ni gaz* depuis quatre jours. Il fut opéré et succomba à des lésions de péritonite généralisée, consécutive à une perforation de l'appendice. Quénu (1), Reclus (2), Routier (3), attachent une grande importance aux fonctions intestinales. « L'émission du gaz par l'anus », dit ce dernier auteur, « est pour moi aussi importante dans l'appendicite que dans la hernie étranglée ».

Chez notre malade (Obs. X), malgré une température et un pouls plus rassurants, les *vomissements* étaient noirâtres, d'odeur nauséuse et d'une abondance telle qu'ils tinrent lieu à eux seuls d'indication opératoire.

Les premiers signes de gravité sont, quelquefois, les douleurs spontanées qui, au lieu de s'amender, deviennent « atroces », (Ch. Nélaton) (4), intolérables, durent plusieurs heures, ou bien après avoir disparu, reviennent sous forme de crises et se diffusent dans tout l'abdomen.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 8 février 1899, p. 121.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 janvier 1899, p. 7.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 janvier 1899, p. 7.

(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 12 novembre 1902, p. 1059.

L'étendue de la zone douloureuse au palper, observée dans les premières heures (Quénu) (1), les irradiations plus tardives de la douleur vers la ligne médiane (Obs. XXII), sa généralisation à tout l'abdomen (Obs. XV et XIX), la contracture de la paroi qui empiète sur ses limites ordinaires (Obs. XV et XIX), le ballonnement, le tympanisme, la persistance des symptômes fonctionnels et douloureux, que ne justifie pas l'organisation d'une *défense locale*, peuvent être les premiers indices de graves accidents et sont, suivant les cas, isolés ou associés.

5° Enfin, dans quelques faits, encore en marge de la clinique, il y a tellement de bénignité dans le poulx, si peu d'alarme dans le facies, si peu de gravité dans l'état local, qu'il est difficile de dépister cette insidieuse période de silence clinique presque absolu et d'endurance péritonéale vraiment remarquable.

Les observations de Michaux (Obs. XI), du Professeur Dieulafoy (Obs. XVI), de Témoin (Obs. XVII), de Routier (Obs. XX), sont des exemples frappants de cette étonnante contradiction entre la gravité anatomo-pathologique et la bénignité clinique.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 7 mai 1902; 5 novembre 1902.

CHAPITRE IV

Considérations sur quelques appendicites subaiguës évoluant vers la suppuration enkystée, lentement et presque à froid, malgré un traitement médical rigoureux.

Nous sommes au déclin d'une appendicite aiguë. La corrélation franchement ou graduellement décroissante du pouls et de la température, le plastron iliaque ou l'induration pelvienne, témoignent de l'enkystement du foyer inflammatoire. Il ne s'agit plus de pronostic immédiatement menaçant : l'urgence opératoire ne s'impose plus. La question est de savoir si cette péri-appendicite circonscrite passera à la résolution ou à l'abcédation.

Les suppurations enkystées sont, en général, d'un diagnostic facile. La persistance de la fièvre, de la fréquence du pouls, l'accroissement de la tuméfaction inflammatoire locale, ne laissent pas de place au doute : il faut inciser et drainer l'abcès péri-cœcal, qui constitue pour la sereuse voisine un dangereux voisinage

(observation de M. Legueu) (1), et peut amener localement et à distance des complications toujours sérieuses et quelquefois mortelles.

Il y a cependant des appendicites subaiguës qui, après des accidents fébriles et douloureux, bénins, sont si franchement défervescents que l'on est vraiment autorisé à escompter la résolution. Puis, après une période plus ou moins longue de sédation indéniable, la tuméfaction locale s'accroît, la température à nouveau s'élève: la suppuration devient évidente.

Nous savons que, même dans les formes résolutes, il existe souvent du pus « au centre du gâteau d'adhérences » (Jalaguier) (2). M. Reclus (3) a opéré « de ces appendicites dites plastiques, de celles, qui, vers le cinquième ou sixième jour, tournent court: les vomissements ont cessé, la fièvre tombe, le pouls est régulier, la douleur s'atténue, et le foyer inflammatoire régresse ». Eh bien, dans ces cas que l'on pourrait citer, « comme le type des inflammations qu'on laisse refroidir », M. Reclus « a trouvé du pus autour de l'appendice ».

Ce pus explique bien les rechutes, les réveils inflammatoires d'un foyer mal éteint. Il est donc nécessaire de maintenir le convalescent en étroite surveillance, de ne pas s'associer aux espoirs prématurés du patient et de l'entourage, qui entraînent des mobilisations hâtives, des écarts de régime, des purgations intempestives.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 8 oct. 1902, p. 947.

(2) In Duplay et Reclus. *Art. appendicite*, p. 654.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 nov. 1902, p. 1056.

Il est des cas cependant, où on ne saurait incriminer le traitement et nous verrons, par les observations qui vont suivre, que certaines appendicites évoluent tout d'abord avec des tendances franchement résolutes, puis finissent, malgré un traitement médical rigoureux, par suppurer et cela avec une température et un pouls parfaitement silencieux pendant un certain temps. Ces faits ont la valeur de véritables expériences cliniques dont la thérapeutique et la clinique ne portent pas d'ailleurs la responsabilité, pas plus les malades n'en ont supporté les conséquences.

OBSERVATION XXVII

Lejars (*Chirurgie d'urgence*, 1904. Article appendicite, p. 489).

« Un jeune garçon de 16 ans, constipé, souffrant un peu du ventre depuis quelques mois, est pris de douleurs vives dans la fosse iliaque ; on le met au lit séance tenante, et l'on institue le traitement. Au troisième jour, on trouvait, dans la région appendiculaire, une sorte de tractus épais, induré, allongé obliquement et douloureux au palper ; il y avait eu deux ou trois vomissements au début, mais tout avait cessé ; l'état général était excellent, le pouls à 90, la température ne dépassait pas 38°. C'était, s'il en fût, une forme résolutive de l'appendicite.

Une semaine plus tard, alors que, *depuis quatre jours*, la température *était retombée à 37°* et que la *crise semblait disparue*, — le petit malade étant resté au lit et la surveillance du régime

ne s'étant point ralentie —. la fièvre reparait brusquement (38° 5), la douleur se montre de nouveau, et, en deux jours, la petite masse latéro-cœcale avait triplé de volume, elle se dessinait à la paroi, elle était manifestement fluctuante. L'opération s'imposait. Je fis l'incision iliaque et j'ouvris un volumineux abcès rétro et latéro-cœcal, au fond duquel il me fut impossible de trouver l'appendice ; seuls, quelques débris rougeâtres, appendus à l'extrémité du cœcum, paraissaient en figurer les traces ; la paroi cœcale était saignante et très friable, et j'eus quelque crainte de voir se produire ultérieurement une fistule stercorale. Heureusement aucun accident de ce genre ne survint et la cavité drainée se ferma régulièrement. »

OBSERVATION XXVIII

Lejars. (*Chirurgie d'urgence*, 1904, p. 489).

(M. Lejars a suivi ce cas jour par jour depuis le début).

« Un jeune garçon de 14 ans est pris, le 20 février 1900, de vomissements et de douleurs abdominales ; la température monte à 39°. Je le vois deux heures après, le facies est un peu anxieux, le ventre ballonné, la douleur très nette et très vive au point de Mac-Burney ; le pouls est à 110, régulier, assez bon. Aucune médication n'a été encore administrée, et le traitement d'immobilisation est institué de suite avec la plus grande rigueur : glace, opium, diète absolue, immobilisation complète. L'enfant est isolé, sous la surveillance d'une garde-malade éprouvée, qui le soigne depuis longtemps pour une autre affection. Les douleurs se calment, les vomissements ne se reproduisent pas ; dès le second jour, le plastron iliaque était très perceptible ; au quatrième jour, la température tombait à 37° 5 le matin, et ne dépassait pas 38° 2 le soir ; au sixième

jour, *elle était normale matin et soir*. Le lendemain, on obtint une selle avec un lavement à la glycérine ; on continue les applications de glace, on ne donne que du lait par toutes petites quantités, et le séjour⁶ au lit, sur le dos, est rigoureusement maintenu. Cependant le plastron s'étend encore, s'épaissit, devient plus douloureux : c'est une grosse masse qui remplit toute la fosse iliaque. Au dixième jour, la température remonte à 38° ; au douzième jour, l'opération est pratiquée : je trouve un énorme abcès sous et rétro-cœcal, et, tout au fond, je découvre et j'enlève l'appendice sphacélé dans sa moitié inférieure, et perforé ; large drainage. Après quarante-huit heures d'inquiétudes, la situation devient tout à fait satisfaisante ; la vaste cavité s'assèche et se comble en un mois. La cicatrice est solide. »

OBSERVATION XXIX

Quénu. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris.*

8 fév. 1899, p. 121.)

« Je suis intervenu, l'an dernier, chez une jeune fille, malade depuis quinze jours. apyrétique, souffrant même peu à la pression, ayant le ventre très souple en dehors du point tuméfié, et dont le pouls était à *peu près normal*. Les traits restaient altérés, elle avait un violent dégoût pour toute nourriture, et on sentait une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. L'incision de celle-ci donna issue à un pus extrêmement fétide et à une concrétion stercorale ; ainsi, chez elle, l'état général demeurait mauvais, plus par intoxication d'un foyer putride que par infection. »

OBSERVATION XXX (résumée).

Ch. Monod. (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*,
10 juillet 1895.)

Il s'agit d'une jeune fille que M. Monod vit au quinzième jour de son affection. La température rectale était de 40° à quatre heures du soir. Il y avait une tuméfaction iliaque au lieu d'élection très nette. A 9 heures du soir, au moment d'une consultation avec MM. Paul Legendre et Jalaguier, la malade est en pleine défervescence. T. rectale 38° : on surseoit à toute opération.

Cette rémission se prolongea pendant *dix jours*, en même temps que la tuméfaction iliaque diminuait d'importance sans jamais disparaître complètement.

Puis, la température s'éleva peu à peu de nouveau, si bien qu'après une nouvelle période de quinze jours, M. Monod dut intervenir. Le chirurgien ne trouva trace nulle part de collection purulente. La température tomba de suite pour ne plus se relever : le quatrième jour, au premier pansement, en enlevant la mèche de gaze, un flot de pus louable s'écoula. Le foyer, qui existait assurément le jour de l'intervention, s'était ouvert dans le trajet qui lui avait été ouvert vers l'extérieur. La malade guérit sans encombre.

OBSERVATION XXXI (personnelle).

Appendicite subaiguë. (4 jours d'accidents fébriles et douloureux, 13 jours d'apyrexie complète, de pouls normal, de selles normales, de traitement médical rigoureux ; 10 jours de mouvement fébrile très léger le soir n'atteignant pas 38° avec pouls normal, et 3 derniers jours d'oscillations ther-

miques plus accentuées, sans fréquence du pouls). *Opération le 30^e jour. Abscess enkystés pelvien et rétro-cœcal. Fistule pyo-stercorale consécutive. Fermeture spontanée du trajet. Guérison.*

M... entre à l'hôpital, le mercredi 22 juin. L'affection a débuté brusquement, le dimanche soir 19. par des douleurs abdominales localisées à droite, avec vomissements, constipation et fièvre. Les 20 et 21, le malade a eu des coliques, des vomissements alimentaires répétés.

Le 22 au matin, pas de selles ni de gaz depuis le début des accidents. L'hyperesthésie, la douleur et la défense musculaire sont très nettement localisées dans la région de Mac-Burney. T., 37° 8; P., 104.

Les urines contiennent un nuage d'albumine. C'est l'appendicite classique. On institue le traitement médical; glace sur le ventre, opium à l'intérieur, diète absolue. Le soir, T., 38° 1; P., 100, ample, bien frappé.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, 23 juin, T. du matin, 39°; P., 86, plein, régulier. Dans la journée, le malade a un vomissement bilieux, une selle diarrhéique, puis une selle molle abondante. Le soir, un nouveau vomissement verdâtre survient. Les matières vomies contenaient un lombric. La température du soir est de 37° 6. Le pouls est très bon, bat à 86 pulsations.

Le 24, la température et le pouls sont descendus à la normale. L'albumine des urines a disparu. Le malade ne vomit plus. Il a trois selles, dont une moulée. Il y a des gaz par l'anus. La douleur et l'hyperesthésie ont disparu dans la région de Mac-Burney. La contracture musculaire persiste à droite en même temps qu'un peu d'empatement submate à la percussion superficielle apparaît dans la fosse iliaque droite. On perçoit un peu de résistance dans la fosse iliaque gauche.

Du 24 juin au 7 juillet, l'apyrexie est complète. Le pouls est

excellent, de tension et de fréquence normales. Les nuits sont bonnes. L'état général excellent, le facies bon et la langue humide. Il y a presque chaque jour une petite selle normale, moulée. L'albumine a disparu des urines. Les vomissements n'ont plus reparu. La fosse iliaque droite n'est douloureuse ni spontanément, ni au palper.

La résistance de la paroi a diminué en haut et à gauche, mais persiste à droite, en même temps qu'un peu de submatité et qu'un empâtement assez nettement circonscrit persistent dans la fosse iliaque droite. La diète liquide est continuée. Cet état de sédation, de bien-être persiste jusqu'au 7 juillet. A partir de ce jour, on constate une légère élévation thermique vespérale n'atteignant pas même 38° à l'aisselle. Le pouls reste normal ; pas de vomissements, pas de constipation, pas d'altération de l'état général. Persistance du plastron. Les 17, 18 et 19 juillet, la température décrit des oscillations plus élevées. Elle atteint le soir 38° 4 et baisse le matin d'environ un degré. Le pouls bat 90 pulsations une seule fois ; on le trouve partout ailleurs dans les environs de 80.

La persistance du plastron et les oscillations de la température indiquent une suppuration péri-appendiculaire enkystée. On décide d'intervenir.

Opération le 19 juillet. On trouve deux foyers purulents non communicants, l'un rétro-cœcal, remontant assez haut derrière le cœcum, l'autre pelvien, se dirigeant assez bas vers l'excavation. Ces deux foyers sont incisés, évacués, drainés. L'appendice est solidement adhérent à la poche inférieure et laissé en place.

Les suites opératoires sont excellentes au point de vue de l'état général. La fièvre a disparu complètement trois jours après l'opération, mais le huitième jour, du liquide fécaloïde et quelques concrétions stercorales sortent par le drain inférieur. Il s'établit une fistule pyo stercorale qui complique la convalescence. Le trajet fistuleux se tarit de lui-même. La plaie opératoire est complètement fermée le 29 septembre, c'est-à-dire

73 jours après l'opération et le malade quitte l'hôpital le 6 novembre.

Nous avons su par le malade lui-même qu'il n'avait pas d'éventration et qu'il a pu reprendre son pénible métier de verrier sans plus éprouver de douleurs abdominales.

OBSERVATION XXXII (personnelle (1))

Appendicite subaiguë (4 jours d'accidents fébriles et douloureux, 15 jours d'apyrexie complète, de pouls normal avec persistance de l'état local). Enorme collection suppurée sus-pubienne, incisée 22 jours après le début des accidents. Guérison.

L... est pris brusquement dans la nuit du samedi 17 au dimanche 18 juin (1905), de douleurs assez vives dans l'abdomen et de vomissements alimentaires. Il n'avait pas eu de selle depuis 36 heures.

Le dimanche matin, le malade s'administre, de lui-même, un purgatif sans résultat. La constipation, les douleurs et les vomissements persistant, le malade se décide à faire appeler son médecin.

Le mardi matin, un peu plus de 48 heures après le début des accidents, nous voyons le malade. Le facies est bon. T. 38°5. P. 90. La défense musculaire est considérable dans toute la partie sous-ombilicale du ventre. L'hyperesthésie est très accentuée en un point plus bas et plus près situé de la ligne médiane que le point de Mac-Burney, où un affleurement léger fait se dérober le malade. La pression est très douloureuse en cette région. Le malade éprouve une légère difficulté pour uriner.

(1) Nous avons observé ce cas en remplaçant un médecin en juin et au commencement de juillet 1905.

Nous instituons le traitement médical de l'appendicite : opium, glace, diète, repos absolu dans le décubitus dorsal.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements ne reparaissent de la journée, les douleurs spontanées s'amendent. T. du soir 38°9. P. 94, plein, régulier.

Le 21. La température est normale, le pouls très bon bat 80 pulsations. La constipation n'a pas cédé. Il y a des gaz par l'anus. Un peu de douleur à la miction.

A partir de ce jour, la température axillaire, prise matin et soir, n'indique plus la moindre élévation. Elle n'atteint même pas 37°. Le pouls est régulier, bien frappé. Il est même ralenti et oscille entre 44 et 60 pulsations. Il semble que devant cette sédation générale, on puisse escompter la résolution.

Cependant, dans la région sus-pubienne, la palpation décèle une induration, une tuméfaction nette, circonscrite, profonde, légèrement douloureuse et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tuméfaction est assez régulièrement semi-circulaire. La résistance musculaire et la douleur au palper ont complètement disparu à sa périphérie. Elle est sonore à la percussion superficielle et ne semble pas faire corps avec la paroi de l'abdomen.

Malgré la sédation remarquablement rassurante du pouls, de la température qui, ni le matin, ni le soir, ne s'élèvent même légèrement, malgré la disparition des douleurs spontanées, des vomissements, le traitement médical est continué rigoureusement : l'eau est remplacée par le lait donné moins parcimonieusement. L'opium est supprimé.

La constipation reste à peu près complète. Quelques lavements glycerinés, administrés prudemment n'amènent que des évacuations diarrhéiques.

Les jours suivants, 28 juin au 4 juillet, l'induration jusque-là stationnaire s'accroît, et forme un volumineux empâtement sus-pubien.

Le 6 juillet, nous demandons en consultation le docteur E. Planque, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui constate

cette grosse tuméfaction, sonore à la percussion superficielle, médiane, saillante et visible lorsqu'on regarde l'abdomen à jour frisant. La température et le pouls sont normaux. M. Planque escompte à ce moment la résolution spontanée.

Les jours suivants, la tuméfaction se voussure de plus en plus, en même temps qu'elle s'étend à droite. Le 9 au soir, T. 37°8. P. 80. Le 10 au matin, T. 37°6. P. 80. Le soir 38°5. P. 90. La suppuration ne fait plus de doute.

Le 11 juillet, le docteur Planque intervient. Il fait une incision à la partie inférieure de la fosse iliaque droite et met à jour un énorme abcès, contenant environ un litre de pus très fétide, se prolongeant en dedans vers la ligne médiane, séparé de la paroi abdominale en ce point, par des anses intestinales. La collection est limitée en dedans et en haut par des anses grêles tapissées partout d'adhérences, en dehors par le cœcum. L'appendice n'a pas été vu ni cherché. On ne fit pas de contre-ouverture médiane, en raison de la présence à ce niveau des anses intestinales.

Discussion. — Il ne s'agit évidemment pas ici de rechutes, de ces appendicites en deux temps, suivant l'expression de M. Hartmann, un premier de résolution sous l'influence du traitement, un second de réveil inflammatoire sous l'influence d'écarts de traitement.

La diète liquide, l'immobilisation dans le décubitus dorsal, la glace sur l'abdomen, furent chez les malades de M. Lejars, et dans nos cas personnels, rigoureusement continuées. Aucune purgation ne fut administrée. Force est donc d'admettre, pour ces faits particuliers, une évolution spontanée.

Ce sont des appendicites qui se présentent d'abord avec les plus franches allures des péri-appendicites cliniquement plastiques : Les vomissements ont dis-

paru ainsi que les douleurs spontanées, la défervescence est complète, prolongée, le pouls est normal ; c'est le silence le plus parfait du refroidissement. La situation se prolonge dans ce calme absolu, 4 jours durant, chez les deux malades de M. Lejars, 10 jours chez le malade de M. Monod. M. Quénu opère son malade en pleine apyrexie. Chez notre premier malade, pendant 13 jours, pas de température, pouls normal, selles spontanées, la résistance musculaire et la douleur disparaissent à la périphérie du plastron, le plastron lui-même est indolent et un certain temps stationnaire.

Chez notre second malade, la température et le pouls sont absolument normaux pendant 15 jours, la tuméfaction se précise, reste quelques jours sans augmenter de volume.

Ce sont bien des appendicites subaiguës, de longue durée, évoluant vers la suppuration avec un minimum de résorption septique, de réaction générale et fébrile et sans doute aussi, un maximum d'adhérences et d'enkystement. On est véritablement en présence de foyers inflammatoires suppurant presque à froid suivant un processus spontané et malgré le traitement,

La chute de la fièvre n'est donc nullement synonyme d'absence de suppuration. (Brun) (1). Elle l'est si peu, en ce qui concerne ces collections enkystées, « emmurées » qui ne provoquent pas plus de leucocytose

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 17 juillet 1895, p. 530.

(Sonnenburg (1) et Victor Veau) (2) qu'elles ne donnent de fièvre, que l'on peut constater « dans ces opérations retardées », « à la fin de la cinquième ou sixième semaine, de petits abcès, vestiges de collections incomplètement résorbées » (Reclus) (3) et que l'on peut même « trouver des appendices décapités, amputés, gangrenés, dans de vieux foyers refroidis » (Reclus (4), Roux (de Lausanne) et ses élèves (Broca) (5). A. Siredey (6) cite le cas « d'une femme qui depuis plus d'un an vaquait à ses occupations, tout en conservant, en arrière de son cœcum, un abcès de volume respectable ».

Ce sont les mêmes adhérences protectrices qui isolent de la circulation et enkystent les abcès résiduels et les collections subaiguës. Il est évident, qu'en supposant pour quelques cas une tendance réelle à la résorption avec période d'apyrexie suivie d'un réveil inflammatoire spontané avec recrudescence fébrile, cette hypothèse est inadmissible pour notre dernière observation : quelques élévations thermiques ultimes et éphémères ne sauraient expliquer le développement si rapide d'une aussi abondante suppuration.

Les vieux foyers refroidis sont des processus sinon régressifs, du moins éteints. Ils demeurent station-

(1) Congrès de Bruxelles, 1902.

(2) *Arch. de méd. des enfants*, avril 1904.

(3 et 4) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 nov. 1902, p. 1057.

(5) Congrès de Bruxelles. In *Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie*, p. 7.

(6) *Soc. méd. des hôpitaux*, 19 mars 1897, p. 402.

naires et, à cet égard, une grande différence les sépare des appendicites subaiguës dont nous venons de retracer l'histoire. Celles-ci évoluent presque à froid, mais ne sont pas refroidies : le processus inflammatoire conserve son activité, la collection s'agrandit, le plastron se voussure ou plonge dans la profondeur, et il vient un moment où les espérances les plus légitimes doivent céder devant l'évidence. L'heure est passée de se laisser hypnotiser par le pouls et la température et l'état local tient lieu, à lui seul, d'indication opératoire. (Brun (1), Routier (2), Quénu (3).)

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 juillet 1895, p. 530.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 juillet 1895, p. 533.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 juillet 1895, p. 533.

CONCLUSIONS

Conclusions du Chapitre II.

Valeur diagnostique et pronostique du frisson avec brusque élévation de la température et accélération du pouls, dans la période d'état de quelques appendicites aiguës.

I. — L'apparition de frissons avec brusque élévation de la température et accélération du pouls, dans la période d'état d'une appendicite aiguë, doit faire redouter, spécialement en l'absence d'organisation de défense locale, une perforation imminente ou constituée dans un péritoine non protégé par des adhérences.

II. — La chute dissociée du pouls et de la température vient quelquefois confirmer la tendance de la péritonite à se généraliser.

III. — Quelquefois, la chute incomplète et parallèle ou même complète du pouls et de la température, fournissent des indications consécutives un certain temps rassurantes, qui masquent la redoutable échéance péritonéale, toute proche ou déjà réalisée.

Conclusions du Chapitre III.

Appendicites aiguës graves sans modifications caractéristiques du pouls et de la température.

I. — Un état infectieux gastro-intestinal peut déterminer du côté des voies biliaires une inflammation qui passe à la résolution et du côté d'un appendice « taré », une inflammation suppurée.

II. — Au cours d'une appendicite aiguë, l'apparition de frissons avec brusque ascension thermique et accélération du pouls, peut être suivie d'une période d'accalmie dans le pouls et la température, bien que la péritonite ait franchi sa première étape.

III. — L'hypotension vasculaire avec fréquence normale du pouls, doit faire redouter au même titre que la discordance du pouls « une péritonite déjà existante ou en train de se diffuser ».

IV. — L'état actuel de quelques appendicites aiguës graves, peut exceptionnellement, ne pas se trouver inscrit sur les graphiques du pouls et de la température.

Dans ces cas, d'autres symptômes principaux ou secondaires, isolés ou associés, deviennent prépondérants ; sont les premiers signes révélateurs du danger, et ne laissent pas de doute sur la gravité de la situation, malgré la sédation du pouls et de la température.

V. — Quelques faits très rares, présentent un cer-

tain temps, une contradiction entre la gravité anatomo-pathologique et la bénignité clinique, qu'il est difficile d'expliquer et de dépister.

Conclusions du Chapitre IV.

Appendicites subaiguës enkystées sans température et sans accélération du pouls.

I. — La chute de la fièvre n'est nullement synonyme d'absence de suppuration (Brun).

II. — Certaines appendicites subaiguës, *rigoureusement traitées*, peuvent suppurer après une période quelquefois très longue de sédation réelle générale et locale, de pouls normal et d'apyrexie complète.

III. — Ces appendicites sont apyrétiques et bénignes parce que bien enkystées.

IV. — La persistance, au niveau du plastron, d'un point douloureux au palper (Brun, Routier), l'accroissement de la tuméfaction inflammatoire locale même indolente (Quénu), sont des signes de suppuration qui peut s'établir et se collecter presque à froid, sans température et sans accélération du pouls.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
RECLUS.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Société médicale des hôpitaux, 16 novembre 1894.
- BERTHOLIN. — Complications hépatiques de l'appendicite. *These* Paris, 1895.
- BROCA (Aug.). — L'appendicite *Les Actualités médicales*, 1900.
- BRUN et VEAU (Victor). — In *Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby*, 1905, t. V. Article : Appendicite. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1890, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 1900, 1901, 02, 03. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1895, 96, 97, 98, 1903.
- Congrès de Bruxelles, 1902.
- Congrès de Chirurgie de Paris, 1895, 1900.
- Congrès d'Urologie de Paris (quatrième), 1899.
- COURTOIS-SUFFIT. — In *Traité de médecine* Charcot, Bouchard et Brissaud, 1900, t. IV. Art. typhlite et appendicite.
- DELASSUS. — *Journal des Sciences médicales* de Lille, février 1905.
- DELBET (Paul). — Pathogénie et traitement de l'appendicite. In *Archives générales de médecine*, mars 1897.
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1897, 16^e leçon ; 1898-99, 10^e, 12^e, 13^e, 14^e, 17^e leçons. Manuel de pathologie interne, t. II.
- FORGUE (Emile) et RECLUS (Paul). — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1898, t. II. Appendicite.

- FORGUE. — Précis de pathologie externe, t. II. Art. Appendicite.
- JACOB (Louis). — Contribution à l'étude de l'appendicite. *Thèse*. Paris, 1893.
- JALAGUIER. — In *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 1899, t. VI. Art. Appendicite.
- GAILLARD (L.) — *Traité de médecine*, t. IV, 1897. Appendicite.
- GUINARD. — In *Traité de chirurgie de Le Dentu, Delbet*, t. VII. Art. Appendicite.
- KIRMISSON. — *Précis de chirurgie infantile*, 1906. Appendicite.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, 1904. Appendicite.
- LEGUEU. — *Traitement de l'appendicite (L'œuvre médico-chirurgicale)*, 1899.
- MONOD (Ch.) et VAUVERTS. — *L'appendicite*, 1897.
- MAUCLAIRE. — *Médecine moderne*, septembre 1903.
— *Société de pédiatrie*, 15 mars 1904.
- RENON. — *Bulletin médical*, 1898.
- RECLUS (Paul). — *Presse médicale*. Pathogénie de l'appendicite, 1905.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT et BOULLY. — *Manuel de pathologie externe*, t. III. Art. Appendicite.
- ROUX (de Lausanne). — *Traitement chirurgical de la péritiphite suppurée*. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mai 1890.
- SONNENBURG. — *Congrès de Bruxelles*, 1902.
- Société médicale des hôpitaux, 1894, 96, 97.
- TALOMON. — *Appendicite et péritiphite*, 1892 (Bibliothèque Charcot-Debove). *Médecine moderne*, 30 octobre 1890.
- TERRIER (F.) — De l'appendicite. In *Revue de chirurgie*, 1900, t. XXI.
- TUFFIER. — *Semaine médicale*, 29 juin 1901. Hémodiagnostic de l'appendicite.
— *Archives générales de médecine*, 1887.